

L'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typ. et Stéréot. A. Mellottée.



LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE"
ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

DIRIGÉES PAR PAUL DUBOIS DE 1881 À 1896

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.

PIERRE FAUCHARD — 1690 — 1762 —

TOME XXVIII

2e Semestre 1902

22me ANNÉE. — 2me SÉRIE, VOL. XV

PAUL DUBOIS — 1848 — 1896 —

LOUIS THOMAS — 1815 — 1893 —

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
À L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 RUE DE LA TOUR D'AUVERGNE PARIS.

22e ANNÉE. N° 13   15 JUILLET 1902   VOL. XXVIII



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

BULLETIN

LA SAISON PROFESSIONNELLE DE 1902

I. *Montauban* **(7-14 août). — Association française pour l'avancement des sciences. — Section d'Odontologie. — Fédération dentaire nationale.**

II. *Stockholm* **(13-20 août). — Fédération dentaire internationale. — Conseil exécutif. — Commission d'enseignement. — Commission d'hygiène et des services dentaires publics. — Réunion annuelle de la Société dentaire suédoise et de l'American dental Society of Europe.**

* * *

Il nous paraît nécessaire, au moment où vont commencer les diverses réunions professionnelles des vacances, d'adresser quelques mots à nos confrères pour les mettre au courant de ces réunions, de leur origine, de leur but, et pour les encourager à s'y rendre en grand nombre, afin de discuter en commun les différentes questions qui seront à l'ordre du jour et par-dessus tout celles qui ont trait à l'enseignement dentaire. Ce n'est pas inutilement et sans motif que nos politiciens discutent sur l'enseignement qui doit être donné aux jeunes Français, c'est parce qu'ils sentent que l'éducation est la première nécessité d'un peuple et

que les générations futures sont en quelque sorte imbibées pour toujours de l'enseignement qu'elles ont reçu entre 10 et 25 ans. Aussi devons-nous de même nous intéresser à ces discussions, participer, suivant la mesure de nos forces, aux décisions qui seront prises, pour peu que nous nous intéressions à l'avenir de notre profession, c'est-à-dire à notre profession même.

Nous avions l'honneur, l'année dernière à pareille époque, d'être appelé à mettre en lumière l'utilité des diverses réunions qui ont eu lieu pendant les vacances de 1901. Nous avons eu le plaisir de constater que cet appel avait été entendu et que des discussions fort intéressantes ont eu lieu à Londres, à Cambridge et à Ajaccio.

Cette année, la saison nationale dentaire aura lieu à Montauban, qui a été choisi par le Conseil de l'Association française pour l'avancemeut des sciences comme siège du Congrès de 1902.

Des bulletins antérieurs ont fait connaître à tous nos lecteurs la genèse de la section d'Odontologie dans l'Association. Nous n'y reviendrons donc point, si ce n'est pour rappeler que c'est au Dr Godon qu'appartient l'honneur de la création de cette section, qu'il a été appelé à présider l'année dernière à Ajaccio, honneur qui nous a été attribué cette année et dont nous sentons tout le prix.

Nous avons mis tous nos soins à l'organisation de cette section et nous avons eu la bonne fortune de recevoir des adhésions nombreuses, des communications intéressantes et des démonstrations pratiques utiles.

Nous espérons pouvoir ainsi remplir, pour notre spécialité, le but de l'Association, qui est de favoriser par tous les moyens en son pouvoir le progrès et la diffusion des sciences, au double point de vue du perfectionnement de la théorie pure et du développement des applications pratiques.

Grâce à l'active collaboration de la Société des den-

tistes du Midi, nous espérons arriver à constituer à Montauban un véritable Congrès dentaire national, analogue à ses devanciers, et le programme inséré d'autre part montrera tout l'intérêt de cette session. En dehors de la section d'Odontologie, il y a pour les dentistes une autre attraction à Montauban, nous voulons parler de la session de la Fédération dentaire nationale.

Aussi, sans vouloir nous étendre sur l'utilité pour les dentistes de toute région à se mettre en rapport les uns avec les autres, dans un but de bonne confraternité, d'instruction mutuelle, de défense même au besoin, nous devons faire remarquer que tous les dentistes de France ont le droit et le devoir de prendre part aux discussions, aux votes et à l'exécution des décisions, en un mot à tout ce que fait la Fédération dentaire nationale dans le but de relever la profession.

Cette union des diverses Sociétés françaises de dentistes a pour but la défense en commun des intérêts généraux de la profession, les relations internationales de la corporation, l'organisation des Congrès nationaux et de la part que doivent prendre les dentistes français aux Congrès internationaux.

Elle comprend la majorité, pour ne pas dire la totalité des Sociétés de dentistes de France.

Cette Fédération s'occupe actuellement des rapports de l'enseignement dentaire avec les pouvoirs publics, des examens et du diplôme de chirurgien-dentiste, du service militaire des dentistes, c'est-à-dire uniquement des questions qui intéressent la généralité de la profession.

Elle laisse à chaque Société son autonomie, son initiative, son indépendance, et s'occupe surtout de porter devant les pouvoirs publics les desiderata de ses membres.

Elle fait des efforts pour développer les Écoles dentaires, dans lesquelles seulement peut se faire l'éducation professionnelle du dentiste, pour maintenir les

droits des dentistes et leur donner la place qu'ils doivent occuper dans les hôpitaux, les hospices, les écoles, les casernes, etc.

Elle s'efforce également d'empêcher les réclames illicites indignes de notre profession et, au point de vue social, elle met gratuitement le savoir professionnel de ses membres à la disposition des classes pauvres, comme doivent le faire tous ceux qui appartiennent aux professions libérales.

On a pu voir par les procès-verbaux des réunions diverses qui ont eu lieu à Paris à la fin du mois de mai, avec quelle ardeur certains de nos confrères ont défendu les rapports dont ils avaient été chargés. Nous sommes assuré d'avance que la session de Montauban présentera un intérêt analogue.

*
* *

Vers la même époque, se tiendront en Europe d'autres réunions importantes, les unes nationales, telles que le Congrès annuel du Central Verein deutscher Zahnärzte, qui aura lieu à Munich du 2 au 6 août et auquel la Société de l'École dentaire de Paris sera brillamment représentée par une délégation à la tête de laquelle se trouve notre confrère et ami le Dr Roy. Puis toutes ces réunions nationales se clôtureront et de tous les points du monde, des États-Unis comme de l'Europe, des délégués s'achemineront vers Stockholm, qui est le rendez-vous général, car c'est dans cette belle ville intelligente et hospitalière que doit s'ouvrir cette année la deuxième session de la Fédération dentaire internationale.

Dans la première session qui eut lieu à Londres et à Cambridge, seize nations diverses étaient représentées. Cette fois, le nombre sera encore augmenté par suite des adhésions parvenues pendant l'année courante.

La première réunion, quoique fort brillante, a sur-

tout été occupée par l'organisation et la préparation des réunions futures.

Celle qui va se tenir sera surtout employée à des discussions utiles, car des rapports nous sont parvenus de toutes parts et la discussion pourra s'ouvrir immédiatement, tous les membres ayant pu auparavant en prendre connaissance.

Le Conseil exécutif devra examiner la préparation des futurs Congrès dentaires internationaux, organiser les travaux des principales commissions internationales, en un mot étudier les propositions ou résolutions qui lui seront soumises par les Comités nationaux ou les Fédérations nationales diverses.

La Commission internationale d'enseignement, dont le nombre et la valeur des membres augmentent chaque année, devra ouvrir une discussion libre et courtoise entre ses membres pour les laisser exposer leurs doctrines, et nous savons par avance, d'après les rapports qui nous ont été adressés, que toutes les opinions seront représentées dans ce tournoi international.

Une autre Commission doit également se réunir à Stockholm, comme corollaire de la Fédération dentaire internationale, c'est la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, dont le titre dit assez le but.

Ces diverses réunions auront lieu sous les auspices et avec le concours bienveillant de la Société dentaire suédoise, qui tiendra son meeting annuel à cette époque et qui a constitué pour recevoir les étrangers un bureau local composé de MM. les Drs Christenson, président de la Société des dentistes suédois, et Förberg.

Immédiatement avant la session de la Fédération dentaire internationale se tiendra également à Stockholm la réunion de l'American dental Society of Europe, qui a consenti à organiser sa session annuelle à la même époque, et qui a invité à son meeting les membres de la Fédération.

A la même époque aura également lieu à Stockholm la réunion des Advisory Boards.

Si nous rappelons que toutes ces réunions de Stockholm coïncident entre elles, c'est pour bien montrer que les organisateurs ont fait tous leurs efforts pour profiter de la présence dans la même ville de confrères venus de tant de pays éloignés pour affirmer, par une réunion brillante et nombreuse, l'ardent désir de la Fédération internationale qui est avant tout de conserver et d'augmenter les liens rattachant les uns aux autres les sociétés professionnelles de tous les pays.

Ce n'est que par ce mélange fréquent des doctrines, des écoles, des groupements qu'on peut espérer arriver à ce qu'il n'y ait plus de supériorités nationales, parce que les pays les moins avancés profiteront des exemples et de l'expérience des autres, et à ce qu'il n'y ait plus que des supériorités individuelles. C'est pourquoi toutes les Sociétés dentaires de France et toutes les Fédérations étrangères ont été invitées à envoyer à Stockholm des délégués chargés de présenter à cette grande Assemblée les propositions émanant de leurs groupes.

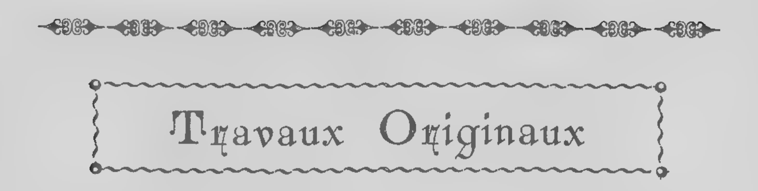
Et ces délégués sont certains d'être accueillis en Suède par des confrères bienveillants et instruits qui attendent leur arrivée et ont fait tous les préparatifs nécessaires pour leur offrir une réception cordiale.

Nous appelons donc à Montauban tous les confrères français qui se sont intéressés jusqu'ici aux Congrès nationaux et tous ceux qui veulent bien contribuer par leur travail aux progrès de l'art dentaire français et à l'avenir de notre profession, et nous attirons de même l'attention de nos confrères de tous pays sur l'importance des grandes réunions internationales qui se tiendront cette année à Stockholm.

Dr E. SAUVEZ.

Pl. I.





PROTHÈSE BUCCO-FACIALE

Par Léon Delair,
Chef de Clinique de prothèse restauratrice à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 1er juillet 1902).

En février dernier, Louis C..., âgé de 62 ans, est opéré à l'hôpital Lariboisière par le Dr Sebileau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ce dernier lui fait la résection complète des maxillaires supérieurs nécrosés; il opère en même temps l'ablation d'une portion de la lèvre supérieure.

L'examen seul du sujet fait juger de l'étendue de l'inévitable mutilation bucco-faciale. Cet homme, ancien militaire blessé de coups de crosse de fusil à la face, attribue à cette cause lointaine l'état dans lequel il se trouve aujourd'hui, car il n'a jamais été malade un seul jour pendant les 23 années qu'il est resté homme de peine dans la même maison.

Dès la guérison du malade, M. Sebileau l'envoie à l'École dentaire pour y être muni d'un appareil lui permettant la mastication supprimée, la phonation disparue et lui refaisant, si possible, un visage présentable qui puisse permettre à ce malheureux de retourner demander du travail.

Par suite des brides cicatricielles et de la grande rétraction de la lèvre supérieure, l'orifice buccal est très étroit. Le maxillaire inférieur, où ne restent plus que huit dents antérieures et deux grosses molaires est très large.

A la place des os maxillaires enlevés, existe un immense hiatus, permettant à l'œil d'examiner la cavité nasale. Les

brides cicatricielles sont fermes et indolores et peuvent servir de point d'appui à un appareil. Le moulage du sujet est immédiatement fait. Huit jours après, j'essaie au malade un appareil en cire, sur lequel sont montées douze dents minérales.

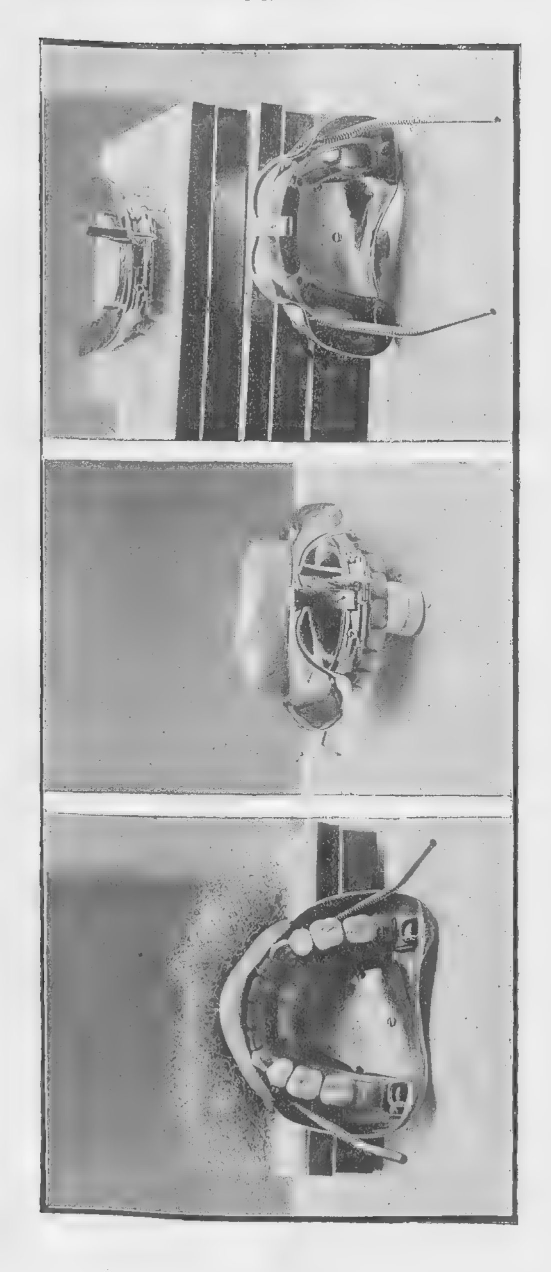
L'articulation rectifiée, les ressorts provisoires placés, je m'aperçois que le dentier supérieur n'est pas stable et qu'il est repoussé au dehors à chaque abaissement de la mâchoire inférieure. J'ai alors l'idée d'ajouter à l'appareil du haut, une sorte de superstructure en caoutchouc mou, creux afin que sa partie verticale antérieure fasse point d'arrêt sur le bord postérieur de la cicatrice palatine. Huit jours après, j'essaie d'introduire ce volumineux appareil, mais la bouche ne le permet pas, en raison de son petit diamètre. Force est donc de combiner un appareil du haut démontable, en caoutchouc durci, et de l'introduire en deux pièces séparées huit jours après.

Cette fois, ce fut une réussite. Mais, alors, j'eus la désagréable surprise de constater que, si l'appareil s'appliquait bien, grâce à sa large base palatine et à ses puissants ressorts, la phonation n'était guère améliorée. Pourtant le larynx, le voile du palais, la langue, n'ayant rien perdu de leur agilité, d'un autre côté, les deux cavités buccales et nasales ne communiquant plus entre elles, un moyen devait exister d'éviter l'articulation obtenue sourde, terne, à peine perceptible à quelques pas.

Mes distingués collègues présents à cette expérience et moi, nous eûmes la pensée que peut-être l'insuccès phonétique était dû à l'insuffisance de conductibilité du son, par cette plaque palatine en caoutchouc, nécessairement épaisse, et que son remplacement par une plaque métallique donnerait de meilleurs résultats.

C'était, en somme, tout le travail à refaire. Mais là était la juste solution du problème phonétique, comme vous en jugerez dans un instant. Je me remis donc patiemment à la besogne ; je combinai un accrochage nouveau pour accoupler la pièce dentaire à la plaque palatine base, en avant de

Pl. II.





l'appareil, je vissai mon mécanisme de rétention pour appareil de la face que vous connaissez déjà, et je lui ajoutai une lèvre artificielle cachant le tout, ainsi que le tuteur redresseur du nez, puisque, par suite de l'opération, le nez effondré est tout dévié à droite. Tout l'appareil est relativement lourd, mais cependant, quoiqu'il soit exécuté en or, il ne pèse que treize grammes de plus que l'appareil primitif en caoutchouc durci. Ses puissants ressorts d'or le retiennent bien en place, et son possesseur, enfin délivré et de la sonde œsophagienne et de la bouillie, savoure aujourd'hui avec délices le pain, les haricots et les pommes de terre, en attendant que l'état de ses finances lui permette de mettre la poule au pot.

IODO-SOUFRE (ANTISEPTIQUE) OU SOUFRE IODÉ

Par M. Catton

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 10 juin 1902).

L'antiseptique que j'ai l'honneur de vous présenter est une modification thérapeutique particulièrement avantageuse de l'ancien iodure de soufre. Tout d'abord l'iodure de soufre qui sert de base au produit est préparé par un procédé spécial, qui assure la composition chimique rigoureusement régulière, et ce point est très important au point de vue de l'action thérapeutique du médicament. Ensuite cet idodure de soufre bien défini est recombiné à son tour à du soufre précipité dans des proportions spéciales et à une température déterminée.

L'iodo-soufre est donc un médicament nouveau scientifiquement établi, dont l'activité est remarquable ; il contient environ 50 o/o de son poids d'iode. Il a déjà donné d'importants résultats dans plusieurs services des hôpitaux, surtout comme cicatrisant rapide des plaies.

Voici ce que dit le professeur Robin, membre de l'Académie de médecine et médecin en chef de l'Hôpital de la Pitié, au point de vue de son action interne et externe :

« L'iodo-soufre de Léon Prunier m'a rendu de grands services, surtout quand les fermentations affectent le type gazeux.

« Mon éminent collègue et ami Léon Prunier avait conclu de ses recherches que l'iodo-soufre, facilement dissociable, paraissait devoir présenter l'iode et les diverses variétés allotropiques du soufre dans des conditions favorables d'application médicale. La dissociation de ce produit qui donne de l'iode à l'état naissant et possède par conséquent une grande activité chimique, me conduisit à l'employer dans les fermentations gastriques. (Robin, *Maladies de*

l'estomac, 1[er] fascicule, page 512. (*Bulletin de l'Académie de médecine,* tome XXXIV, 3[e] série.) »

Au point de vue de l'antisepsie gastro-intestinale, l'iodo-soufre est supérieur au benzo-naphtol et autres produits similaires.

Par suite de sa véritable dissociation dans l'organisme, l'iodo-soufre a une action marquée sur la nutrition générale ; aussi agit-il de la manière la plus favorable à certaines périodes de la tuberculose, dans la bronchite et dans la plupart des affections des organes respiratoires.

Les affections cutanées même rebelles, les plaies cèdent généralement à l'usage externe de cet excellent médicament ; il a le grand avantage d'éviter l'iodisme même par son emploi à haute dose.

Donc, d'après ce qu'en dit le D[r] Robin, l'avantage incontestable de ce produit est l'action manifeste de son iode à l'état naissant et par suite son action bien supérieure à celle des agents divers véhiculants de l'iode, soit en solution, soit de toute autre manière.

Dans notre pratique ce produit d'une action supérieure à l'iodoforme nous sera d'une très grande utilité.

Je vais vous le présenter sous ses différents aspects, pour vous permettre d'apprécier ses qualités.

L'iodo-soufre a été découvert par le D[r] Léon Prunier, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris ; il est préparé par E. Varennes, pharmacien de 1[re] classe, lauréat de cette école, ancien préparateur du cours de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Il se présente sous forme pulvérulente à l'aspect jaune brun, il n'a qu'une faible odeur d'iode qui n'est pas désagréable, il n'a pas de saveur, il n'est ni caustique, ni toxique, puisqu'il peut être pris à l'intérieur à dose de 1 à 2 grammes par jour ; il peut être employé dans tous les cas où nous employons l'iodoforme et agit avec plus de rapidité, grâce à la constante élimination de son iode, il a par conséquent sur l'iodoforme l'avantage d'agir à distance des infections,

tandis que l'iodoforme n'agit qu'en présence des agents septiques; il ne peut que modifier avantageusement les tissus avec lesquels il est en contact; d'autre part le soufre qui compose ce produit, tout en étant un bon antiseptique, a la faculté d'absorber tous les gaz en formation. Ces trois grandes qualités, c'est-à-dire : 1° action à distance des agents septiques ; 2° modification avantageuse des tissus avec lesquels il est en contact; 3° absorption du gaz par le soufre, nous assurent son succès dans les quatrièmes degrés, comme pansements provisoires à demeure, ainsi que dans les troisièmes degrés comme cicatrisant rapide des nerfs incisés.

Nous éviterons à nos patients la mauvaise odeur de l'iodoforme pendant l'application des pansements et les infiltrations désagréables post-opératoires.

Nous n'avons actuellement en thérapeutique aucun produit à base d'iode pouvant être employé en poudre dentifrice, tous ceux existants étant désagréables comme odeur ou saveur; l'iodo-soufre n'ayant aucun de ces défauts, nous pourrons donc le recommander dans tous les cas où nous aurons besoin d'un antiseptique révulsif à la dose de 3 ou 4 gr. pour 30 (gingivites de différentes natures, périostite chronique. etc).

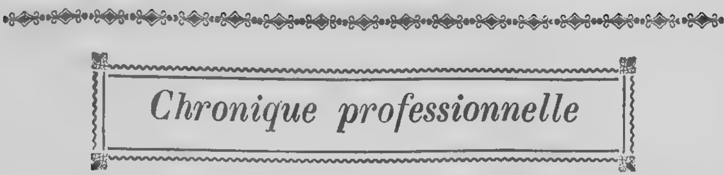
Voici une formule qui, depuis que je l'emploie, m'a donné d'excellents résultats.

Iodo-soufre du Dr Prunier............	4 gr.
Saccharine.........................	0.10 centigr.
Carbonate de chaux................	26 gr.
Ess. de menthe, Carmin } ââ................	qs.

Le salol, que nous employons couramment comme antiseptique dentifrice, est loin d'avoir la même action; il a même de nombreux inconvénients, entre autres celui, très important, de procurer des desquamations des tissus muqueux des lèvres et des gencives, qui est souvent très douloureux.

Ce produit est d'un prix modeste, ne s'altère pas rapidement, il peut donc être conservé fort longtemps; sa composition assurant son succès, je ne puis que le recommander à tous mes confrères.

Voir la suite page 52.



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

La Revue de stomatologie, avec l'atticisme dont elle a le secret, a publié sous la signature de M. Cruet un article auquel M. le Dr Rosenthal, de Bruxelles, fait la réponse suivante, que nous sommes heureux de reproduire.

POUR LES MÉDECINS-DENTISTES

Par le Dr Ed. Rosenthal.

La question concernant le diplôme que doit posséder le praticien dentiste étant d'ordre général et en quelque sorte international, nous croyons pouvoir, sans pour cela nous aventurer sur un terrain en dehors de notre sphère d'action, répondre à l'article *Pour les dentistes* publié dans le n° 6 de la *Revue de Stomatologie,* par son rédacteur en chef le Dr Cruet.

En résumé, l'article tend à démontrer qu'il faut que le diplômé dentiste disparaisse pour faire place au médecin-dentiste et cela, « par bon sens, par esprit de progrès, par évolution fatale » d'après ce que dit l'auteur, mais surtout en vertu de l'acuité de la lutte pour la vie qui est à la base de la campagne menée actuellement contre les dentistes, et qui tend à réserver à la profession médicale encombrée, surchargée, l'exercice d'une spécialité que l'on considère généralement comme lucrative et rémunératrice. C'est là l'argument véritable, réel, et qui perce, malgré tout, au travers de ce qui a été écrit contre les diplômés dentistes, car si vraiment le bon sens, l'esprit de progrès et l'évolution fatale voulaient leur suppression, point besoin ne serait de mener une campagne aussi active, aussi acrimonieuse même parfois, pour arriver à un résultat qui, de lui-même et par conséquence inéluctable, serait obtenu dans un avenir relativement rapproché.

En effet le Dr Cruet affirme que tout médecin « qui entre dans la » spécialité à Paris ou en province, conquiert tout de suite une si- » tuation prépondérante et qu'il accapare et accaparera de plus en » plus la clientèle lucrative, ne laissant plus aux dentistes de deuxième » rang que la clientèle moyenne ou pauvre ». S'il en est ainsi, de quoi se plaignent MM. les médecins-dentistes, s'il leur suffit de pa-

raître pour vaincre immédiatement tous leurs concurrents et prendre leur place, si tous ceux qui se consacrent à la spécialité sont assurés d'une clientèle nombreuse et riche ? Mais si cette assertion était réelle, la question serait résolue d'elle-même, car les dentistes ne seraient pas assez imprévoyants ni assez malavisés vis-à-vis de leurs fils et de leurs élèves pour les engager dans une voie qui ne pourrait les faire parvenir qu'à une situation médiocre inférieure ou secondaire.

Si vraiment les diplômés dentistes ne pouvaient plus lutter à armes égales avec leurs confrères, les médecins-dentistes, nous verrions bientôt les écoles dentaires désertées au profit des écoles de médecine, au grand préjudice, à notre humble avis, et de l'art dentaire et du grand public en général. Car, c'est une loi d'économie sociale, le plus faible doit céder la place au plus fort, et nous sommes étonnés de la conclusion à laquelle l'auteur aboutit, si ses prémisses sont bien établies. Pas n'est besoin de reviser une loi ou d'en voter une autre si l'avenir est aux médecins-dentistes, laissons faire le temps et, dans deux générations, les établissements d'enseignement dentaire auront fermé leurs portes.

Mais la hâte avec laquelle on veut procéder, l'ardeur quelque peu agressive avec laquelle cette lutte a été entamée et est poursuivie, semble prouver que l'on n'est point si persuadé que cela de la défaveur qui atteint le diplômé-dentiste de la part du public de choix, partout où les médecins-dentistes font leur apparition ; il ne pourrait en être ainsi que s'il était démontré à l'évidence même que le médecin-dentiste est supérieur, au point de vue professionnel, au dentiste tout court. Or cette démonstration n'a pas été faite, loin de là, et tant qu'elle ne l'aura pas été d'une façon absolue, irréfutable, nous sommes en droit de conclure que l'intérêt public n'est pas la cause réelle qui fait agir les champions de la suppression du diplôme de dentiste et que le désintéressement dont ils font montre n'est pas aussi absolu qu'ils voudraient bien le faire supposer.

Non, les médecins-dentistes ne sont pas encore parvenus à établir que la voie qu'ils ont suivie est la meilleure pour permettre d'atteindre la plus grande efficacité possible, car, lorsqu'on est appelé à juger de leurs œuvres, non d'après leurs discours, mais d'après ce qu'ils ont accompli, on arrive fatalement à conclure que la supériorité dont ils se parent est niable et que leurs opérations en général ne s'élèvent pas au-dessus de la moyenne. On peut taxer ce jugement de partial, de tendancieux, il est cependant l'expression exacte de la réalité, et si la moyenne n'est même pas le lot de tous les médecins-dentistes, il est à constater qu'une infime minorité d'entre eux parvient seule au niveau des sommités de l'art dentaire.

Comment du reste en serait-il autrement, puisque d'un côté se trouvent les dentistes qui, dès leur jeune âge, se sont appliqués à

acquérir un art difficile, précis, méticuleux, et de l'autre les médecins qui ont passé de nombreuses années de leur vie à s'inculquer quantité de connaissances absolument étrangères à la spécialité qu'ils veulent exercer et qui commencent à s'occuper de celle-ci à une époque de la vie où généralement la faculté d'assimilation manuelle a beaucoup diminué, si elle n'a pas été développée et entretenue pendant l'adolescence ? Quelle logique y a-t-il à exprimer ce faux principe : nous, qui ignorons tout ou presque tout de l'art dentaire, qui ne nous sommes appliqués en rien à en acquérir ni la théorie ni la pratique, nous nous déclarons plus aptes à exercer cette spécialité que vous, qui, depuis des années, vous êtes astreints à un apprentissage sérieux et à des études choisies qui doivent vous mettre à même d'en connaître tous les détails ?

Si cette aptitude, si cette supériorité était réelle, évidente, nous nous rangerions certainement du côté des médecins et nous ferions campagne avec eux. Mais elle nous échappe absolument et nous ne croyons pas que le public ait à gagner au changement que l'on voudrait établir ; au contraire nous avons la conviction que l'enseignement odontologique perfectionné, élevé toujours plus haut, est la véritable solution à laquelle tout le monde devrait se ranger pour le bien général, et nous continuerons, jusqu'à preuve du contraire, à préconiser la conservation des écoles dentaires et l'élévation du niveau de leurs études.

Car, si nous combattons la suppression des écoles spéciales, nous devons reconnaître que celles-ci sont perfectibles. En France, entre autres, il serait heureux que les études préliminaires exigées des candidats étudiants fussent similaires à celles faites par les élèves-médecins. Dès le début des études les dentistes doivent marquer leur volonté de placer leur spécialité au même rang que toutes les professions libérales ; il ne faudrait pas que leur corporation fût, sous le rapport du développement intellectuel, littéraire et scientifique, inférieure aux autres branches intellectuelles de l'activité humaine.

Un point qui nous semble ruiner la théorie de l'infériorité professionnelle du dentiste diplômé est le suivant : l'art dentaire a été créé, perfectionné par les dentistes. Si ceux-ci sont de simples empiriques, de purs manouvriers, sans connaissances scientifiques suffisantes, toutes leurs méthodes, tout leur manuel opératoire, toute la pathologie et la thérapeutique spéciales doivent être basés sur l'erreur la plus manifeste, sur l'ignorance la plus indubitable, et les médecins entrant dans la spécialité avec leur bagage scientifique énorme, leurs connaissances approfondies de tous les sujets se rapprochant de près ou de loin de l'art dentaire vont se hâter de changer tout cela et d'établir un état de choses digne d'eux et de nos temps éclairés. Ils vont sans doute transformer la théorie de la pathologie, mettre l'odontologie au niveau de la science médicale et jeter

aux vieilles ferrailles tout l'arsenal suranné et inefficace de ceux qui les ont précédés dans la carrière. Nous allons, certainement, assister à une véritable hécatombe des méthodes établies et voir une révolution s'accomplir.

Cependant, en considérant ce qui s'est passé, nous constatons avec étonnement que rien de la sorte ne s'est produit. Ce qui existait avant que nous eussions l'honneur de voir entrer les médecins dans notre spécialité existe encore. Nous obturons, soignons, pansons et extrayons les dents de la même manière, et les perfectionnements apportés constamment à notre outillage, à nos modes opératoires se sont produits normalement, sans sauts brusques et inattendus, et ils ne sont pas dus, que nous sachions, uniquement aux médecins-dentistes.

En somme, ceux-ci ont adopté une profession qu'ils ont trouvée toute faite, parfaitement au courant de la science moderne, qu'ils exercent de la même manière que leurs prédécesseurs et peut-être avec moins de brio que l'élite de ceux-ci. Alors à quoi riment ce dédain injustifié et cette prétention de chasser de l'édifice qu'ils ont envahi, ceux qui en sont les constructeurs et les architectes ?

Qu'il y ait certaines lacunes dans l'éducation du dentiste moderne, c'est certain, mais que l'éducation médicale soit le critérium du futur dentiste, nous avons toutes raisons d'en douter.

Il y avait pour les médecins-dentistes une mission haute et belle à remplir : en échange du trésor accumulé pendant des générations de dentistes et dans lequel ils pourraient puiser à volonté, ils auraient dû vouloir apporter leur pierre au monument et concourir de leur côté au perfectionnement de la profession commune.

Au lieu de se cantonner sur des cimes inaccessibles au commun des mortels, au lieu de se draper fièrement dans leurs toges universitaires, n'eût-il pas été plus large, plus confraternel d'aller cordialement aux dentistes et de leur dire : « Nous constatons avec regret certaines faiblesses dans l'enseignement de l'art dentaire, nous venons à vous pour vous aider à les faire disparaître et à vérifier vos écoles.

« De notre côté, nous serions heureux de participer à vos travaux, » de profiter de votre expérience, de nous joindre à vos réunions et » de prendre part à vos discussions. » sans aucun doute tout le monde aurait bénéficié largement de cette entente et surtout le public, dont la cause est la seule vraiment intéressante en la matière et qui aurait été soigné à la suite de la réunion de tous les efforts vers le perfectionnement, par des dentistes plus instruits et par des médecins-dentistes plus habiles.

Nous faisons des vœux pour que cette solution intervienne encore et mette fin à cette guerre, dont les résultats, s'ils étaient conformes aux vœux de nos adversaires, ne pourraient qu'être funestes à l'avancement de notre art.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

DE LA RESPONSABILITÉ DES OPÉRATIONS EN CAS D'ACCIDENT

Le Conseil d'administration de la *Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris* s'est récemment, à l'occasion de l'emploi des anesthésiques en matière dentaire, demandé si, dans certaines circonstances déterminées, l'*École* n'encourrait pas de responsabilité en cas d'accident, et, presque dans le même temps, des préoccupations du même ordre déterminaient l'*Assistance publique de Paris* à consulter les membres de son *Comité consultatif.*

Nous nous proposons de rechercher ici ce que peuvent avoir de fondées de telles appréhensions, que l'accident soit la conséquence d'une opération ou de l'emploi d'un anesthésique quelconque.

L'emploi des anesthésiques, dont nous avons nous-même tenté d'esquisser une nomenclature nécessairement incomplète[1], et qui suscite, chaque semaine, l'essai de procédés nouveaux, vient d'être, au surplus, l'objet d'ardentes discussions au sein même de l'*Académie de médecine*[2] ; et si, les ayant suivies avec une religieuse attention, il était nécessaire de prendre parti, peut-être éprouverait-on quelque embarras. La conclusion la plus sage qu'on puisse jusqu'ici prudemment tirer de ce brillant tournoi, c'est qu'il n'apparaît point encore de solution scientifiquement décisive ; *adhuc sub judice lis est.*

Quoi qu'il en soit, c'est — on le sait — la *Loi du 30 novembre* 1892 (art. 32) *sur l'exercice de la médecine* qui, la première, s'est formellement expliquée sur le mode d'administrer, par un emploi soit général, soit local, les agents anesthésiques.

Cet article 32, qui, par respect du principe de la non-rétroactivité des lois et pour ne porter aucune atteinte à des droits acquis, a voulu laisser intacte la situation des dentistes déjà établis et payant patente au 1er janvier 1892, a consacré l'institution, sous le nom de *chirurgiens-dentistes*, d'un corps nouveau de praticiens, auxquels il suffira désormais, pour être, dans les limites de leur exercice professionnel,

---

1. *Histoire de l'art dentaire*, p. 24, note 1 (*L'Odontologie*, 1901, tirage à part).
2. V. j. *Le Matin*, 12 février 1902. — Une autre discussion sur le même sujet s'était antérieurement engagée, le 26 mai 1857, à l'*Académie.*

assimilés aux médecins ou aux officiers de santé, d'être munis de diplômes français.

Diplômés ou *patentés*, les uns comme les autres jouissent de la libre pratique de leur art ; mais, à la différence des premiers, les seconds ne peuvent user de l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé, sous peine d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement (*Loi de* 1892, art. 19 § 2).

La prohibition est absolue et ne comporte ni exception ni distinction ; et même toute infraction à la prescription édictée pour préserver la santé publique constitue un fait d'exercice illégal de la médecine.

C'est ce qui résulte, au surplus, de deux décisions qui font aujourd'hui jurisprudence : un jugement du *Tribunal de la Seine* du 10 novembre 1896, un arrêt de la *Cour de Paris* du 22 décembre 1899.

Il ne faut pas croire, cependant, que les accidents constatés soient aussi graves ni aussi fréquents que pourrait le donner à supposer la longue série d'articles consacrés à la question des anesthésiques.

D'une statistique récente [1], il résulte que, sur 346.676 anesthésies, il ne s'est produit que 134 accidents suivis de mort. C'est encore trop, il est vrai, et rien ne justifie mieux les conseils que ne cessent de donner à ce propos ceux qui prennent par-dessus tout souci de la vie humaine.

C'est ainsi que l'éminent ex-doyen de la *Faculté de médecine*, M. le docteur *Brouardel*, dans un de ses derniers ouvrages [2], préconise en termes piquants, qu'il ne nous semble pas inutile de reproduire ici, certaines mesures de sage et prudente réserve :

« Tout d'abord, n'endormez jamais un malade sans l'avoir fait coucher et sans lui avoir fait retirer les vêtements qui peuvent occasionner une gêne quelconque de la respiration.

» En second lieu, n'endormez pas seul ; les magistrats s'inquiètent beaucoup de ce point. Il arrive fréquemment que les femmes endormies dans ces conditions ont, au moment de la période d'excitation, des rêves érotiques dont elles gardent le souvenir au réveil. Elles vont aussitôt déposer une plainte chez le commissaire de police qui, devant les affirmations de cette femme, dont la bonne foi peut être absolue, ouvre une enquête et peut procéder à une arrestation.....

» Ne chloroformisez jamais seul ; mais autant qu'il est possible écartez

1. V. *Histoire de l'art dentaire*, p. 40.
2. *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 380.

le mari. Il peut arriver qu'au cours du sommeil, sous l'influence de sensations voluptueuses, la malade prononce un prénom qui n'est pas celui du mari, ce qui place les époux dans une situation difficile et peut amener ultérieurement des troubles dans la tranquillité du ménage.....

» En dernier lieu, je vous recommande — si, par malheur, il vous arrive un accident — de conserver tout votre sang-froid. Le médecin qui s'émotionne semble laisser croire qu'il n'est pas sûr de lui, qu'il a commis une faute..... »

Malgré toutes les précautions prises, les accidents sont possibles, en effet, et ils ont été déjà l'occasion de poursuites en responsabilité intentées à des dentistes, même assistés de docteurs pour l'administration des anesthésiques. Relevons brièvement, puisque les lecteurs de *L'Odontologie* ont intérêt à les connaître, les solutions intervenues.

Un malade avait été, pendant qu'on l'endormait, victime d'une asphyxie. L'arrêt du 30 juin 1853 de la *Cour de Paris* décide qu'en principe aucune responsabilité ne saurait être encourue, du moment que l'emploi de l'anesthésique a eu lieu avec toutes les précautions prescrites et que l'accident survenu était hors des prévisions de la science.

Un autre arrêt de la même *Cour de Paris*, rendu le 26 janvier 1872, n'édicte de responsabilité qu'en cas seulement de faute grave, et lorsqu'il y a eu mauvaise foi, dol ou pensée criminelle.

En ce qui concerne plus spécialement les poursuites dirigées contre des *dentistes*, qu'il nous suffise de rappeler :

Relativement à l'emploi du *chloroforme*, le jugement du *Tribunal de Lille* du 8 avril 1873, l'arrêt confirmatif de la *Cour de Douai* du 26 mai 1873, et le jugement du *Tribunal de Montbéliard* du 30 janvier 1896. Le chloroforme, y est-il dit, est à la fois un médicament, une substance vénéneuse et un agent anesthésique; son emploi constitue un acte d'exercice de la médecine, et l'opération à laquelle il sert exige des précautions et des connaissances spéciales.

Relativement au *protoxyde d'azote*, la condamnation qui atteignit pour homicide par imprudence le dentiste *Duchesne* par jugement du *Tribunal de la Seine* du 5 novembre 1885.

Relativement à la *cocaïne*, les trois décisions du *Tribunal de la Seine* des 25 avril, 3-4 mai 1892, et 27 juin 1901.

MM. *Roger* et *Godon*, de leur côté, citent [1] un jugement du *Tribunal de Lille* prononcé en 1890.

Une jeune fille anesthésiée tombe en syncope. Mais toute responsabilité est écartée, parce que l'enquête établit que l'accident semble

1. *Code du chirurgien-dentiste*, p. 76.

avoir été provoqué par un accès irréfléchi de mortification religieuse. La base du thorax avait, en effet, été comprimée par la victime à l'aide d'une grosse corde à nœuds !

Ce sont là les seuls documents que paraît offrir jusqu'à présent la jurisprudence spéciale applicable aux anesthésiques.

La question va-t-elle changer d'aspect, lorsque l'anesthésique, au lieu d'être administré par le médecin ou le dentiste dans sa clientèle privée, est employé dans un service hospitalier, et que, dans des circonstances particulières, un accident vient à se produire ?

C'est ce que nous nous proposons de rechercher maintenant, pour répondre aux préoccupations de l'*École dentaire*.

L'examen du fonctionnement des services dentaires hospitaliers de *Paris* et du *Département de la Seine*, dont quelques-uns ont à leur tête des professeurs de l'*École*, a amené cette dernière à se demander si les dentistes des hôpitaux, en présence de l'art. 61 du *Règlement de service de santé* (qui exige que les opérations soient faites directement par le chef de service), peuvent confier ces opérations à des élèves de l'*École dentaire* dont ils se feraient bénévolement assister, et si — au cas où surviendrait un accident dans ces conditions, — une certaine responsabilité ne pèserait pas soit sur le dentiste ou le directeur même de l'hôpital, soit sur l'*Administration de l'Assistance publique*, soit enfin sur l'*École dentaire* à laquelle appartiendrait l'assistant bénévole.

Avant de chercher la solution de cette difficulté, il ne nous paraît pas inutile de rappeler l'origine et le fonctionnement des services dentaires de nos *hôpitaux parisiens*, — outillage de création, d'ailleurs, assez récente [1].

L'*Assistance publique de Paris* comprend, à l'heure actuelle, tant en *hôpitaux* qu'en *hospices*, *orphelinats*, *maternités*, *maisons de retraite*, *fondations ayant un revenu distinct*, un nombre respectable d'établissements (plus d'une soixantaine), pour l'administration desquels son *Projet de budget de* 1902 accuse une dépense nécessaire de 56.932.203 francs (applicables, bien entendu, à l'ensemble de tous les services dont elle a charge). Les ressources sont malheureusement loin de correspondre aux besoins les plus urgents, et il ne semble pas

---

1. Rappelons, pour mémoire, qu'un médecin-dentiste est attaché à l'*hospice des Quinze-Vingts*, et qu'il y en a un aussi à l'*Institution nationale des sourds-muets de Paris*, — établissements qui ne dépendent, du reste, pas de l'*Assistance publique de Paris*.

que le *Conseil municipal* soit décidé à répondre généreusement aux pressants appels qu'on ne se lasse pas de lui adresser.

Pour montrer toute l'importance qu'est appelée à prendre dans un avenir prochain l'organisation des services dentaires, il n'est pas — croyons-nous — inutile de donner ici la longue nomenclature des établissements que dirige la grande *Administration parisienne* [1].

---

1. Voici cette liste, trop peu connue :

1. *L'Hotel-Dieu*, dont l'origine remonte au VIIe siècle, et qui a porté successivement les noms d'*hôpital Saint-Christophe* (1157), *Maison-Dieu* (1531), *hôpital Sainte-Marie*, — et l'*Hôtel-Dieu annexe*, — tous deux, d'ailleurs, profondément transformés entre 1865 et 1877. On le surnommait, en 1652, l'*hôpital des hôpitaux*, et sur son *cachet*, qu'entourait cette mention : le *grand Hôtel-Dieu de Paris*, était gravée l'image de *saint Jean-Baptiste*, le patron de la maison (1654).

2. *La Pitié*, ancienne dépendance de l'*Hôpital général*, fondée sous *Louis XIII* en 1612, et qu'on a tour à tour appelée : *hôpital des orphelins du faubourg Saint-Victor, Maison de la patrie, hospice des Orphelins.*

3. *La Charité*, autrefois (1602) *Saint-Jean-Baptiste de la Charité, Frères de la Charité, hospice de l'Unité.*

4. *Saint-Antoine* (1652), auparavant (1795) *hôpital de l'Est*, — et la *fondation Moïana.*

5. *Necker*, ex-*hospice de la Charité* (1776), *hospice des paroisses de Saint-Sulpice et du Gros-Caillou, hospice de l'Ouest.*

6. *Cochin*, alternativement (1780) *hospice Saint-Jacques du Haut-pas, hospice Jacques, hospice du Sud*, et qui doit prochainement prêter son nom à l'*hôpital Ricord* (1893). Ce dernier établissement lui-même, désigné d'abord (1553) sous le titre d'*hôpital des Vénériens*, alors qu'il donnait abri aux adultes envoyés de *Bicêtre* et aux enfants de l'*hospice de Vaugirard* dit *Maison des Enfants gâtés*, s'était ensuite (1783) transformé en *hôpital du Midi*, et le voilà qui, pour échapper aux sarcasmes dont on accable un nom injustement décrié, est près d'en revêtir un nouveau, dont, à la longue, et pour les mêmes causes, se va peut-être aussi ternir la réputation !

7. *Beaujon*, ancien *hôpital du Roule* (1784).

8. *Lariboisière*, un contemporain d'hier (1846), qui n'en a pas moins subi déjà maintes appellations : *hôpital du Nord, hôpital de Louis-Philippe, hôpital de la République*, et qui montre par son exemple que le mieux est pour un hôpital de ne pas sacrifier aux puissances du jour !

9. *Tenon*, d'abord *hôpital Ménilmontant* (1870-1878).

10. *Laënnec*, jadis *hôpital des Incurables* (1634), puis *hôpital temporaire de la rue de Sèvres* (1879).

11. *Bichat* (1879), ancien poste-caserne ou *Bastion* 39, à la porte Saint-Ouen.

12. *Andral*, jadis *hôpital temporaire des Tournelles* (1880). Auparavant déjà (1793), les bâtiments servaient à la *Filature des indigents*, et n'abritèrent en 1866 le *Magasin central des hôpitaux* que pour donner bientôt (1867) asile à la *Direction municipale des nourrices.*

13. *Broussais*, ex-*hôpital temporaire des Mariniers* (1883), du nom de la voie où il s'élève.

14. *Hérold*, ex-*hôpital de la place du Danube* (1881), hôpital d'enfants.

15. *Boucicaut* (1897), qui, comme toute fondation, vit de ses propres ressources.

16. *Saint-Louis* (1607), qui abrite depuis 1888 l'*Œuvre des ambulances urbaines*, — et l'*École Lailler* (1895), affectée aux enfants teigneux.

N'est-il pas singulier, vraiment, qu'une *Administration*, qui compte tant d'établissements d'origine ancienne, ait songé si tardivement à

---

17. *Broca* (1893), d'abord *hôpital de Lourcine* (1836), puis *hôpital temporaire de la rue Pascal* (1882), exclusivement destiné aux femmes, comme *Ricord* l'est aux hommes, et pour la même nature d'affections.

18. La *Maternité* ou *Maison et école d'accouchement* qui, un temps (1795), a dû à la rue qui donnait accès dans ses murs son vilain nom de *la Bourbe*.

19. La *Maternité et maison d'accouchement Baudelocque* (1886), clinique de la *Faculté de médecine*.

20. La *clinique d'accouchement Tarnier*, qui remonte à Louis XV, et, dès avant sa transformation (en 1876), était qualifiée : *hôpital des cliniques*, *hôpital de la clinique d'accouchement de la rue d'Assas*.

21. L'*hôpital temporaire de la Porte d'Aubervilliers* (1884).

22 L'*hôpital temporaire du Bastion* 29, à la porte de Flandre, hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses (1893).

23. *Les Enfants-Malades*, ancien *hôpital de l'Enfant-Jésus* (1732), — nom dont il a peine à se dépouiller.

24. L'*hôpital de Forges les-Bains* (1854-1860) à Forges, Seine-et-Oise, affecté aux enfants.

25. *La maison de convalescence de la Roche-Guyon* (1854-1861), fondation du comte *Georges de la Rochefoucauld*, en Seine-et-Oise, pour enfants.

26. *Bretonneau* (1898), nouvel hôpital d'enfants.

27. *Trousseau*, hôpital d'enfants, lui aussi, par trois fois remanié (1670-1853-1897) ; ex-*Hôtel-Dieu annexe*, puis *hôpital Sainte-Marguerite* et *hôpital Sainte-Eugénie* (1880).

28. *Hôpital maritime de Berck-sur-Mer*, Pas-de-Calais, un instant *hôpital Napoléon* (1861-1867).

29. *Sanatorium d'Hendaye* (1896), Basses-Pyrénées, destiné, comme *Berck*, aux enfants.

30. *Sanatorium d'Angicourt* (1892), Oise, pour lequel a été, un instant, proposé le nom de *Villemin*.

31. *Hôpital de Moisselles* (1893), pour enfants teigneux.

32. *Maison municipale de santé*, dite *maison Dubois*, du nom d'un des plus habiles et érudits praticiens qui y aient exercé, et qui, après avoir été qualifiée (1802-1858) *Maison dite du nom de Jésus* et *Maison royale de santé*, demeure encore aujourd'hui notre seul établissement payant, mais offre — il le faut reconnaître — assez peu de confortable pour éloigner plutôt que pour attirer la clientèle.

33. *Hospice de Bicêtre* (1632-1856-1885), un respectable ancêtre, à Gentilly, ex-*hospice de la Vieillesse-Hommes* (1823), — et *fondation Vallée* (1890).

34. *Hospice de la Salpêtrière* (1656-1885), une non moins estimable douairière, ex-*hospice de la Vieillesse-Femmes* (1823), — avec son *École de réforme*, dont les bâtiments furent, en 1792, témoins des *Massacres de Septembre*.

35. *Hospice d'Ivry* (1625-1869), à Ivry-sur-Seine, ancien *hospice des Incurables*.

36. *Hospice de Brévannes* (1883), à Limeil-Brévannes, Seine-et-Oise.

37. *Maison de retraite des Ménages* (1544-1863), à Issy-les-Moulineaux, Seine ; au temps passé, *hôpital des Petites-Maisons*.

38. *Institution de Sainte-Périne* (1773, 1806, 1860), à Auteuil.

39. *Hospice des Enfants-Assistés*, maintes fois transformé (1552, 1670, 1814, 1838, 1870, 1899), avec ses annexes : *la Maison de Sevrés, de Thiais* (1883), Seine, et la *Station suburbaine de Châtillon-sous-Bagneux* (1893), Seine.

40. *Maison de retraite de La Rochefoucauld*, la plus baptisée de toutes les maisons hospitalières, tour à tour *Maison royale de santé* (1781), *Hospice na-*

organiser avec méthode l'ensemble de ses services dentaires, et que cet ensemble même soit encore si insuffisant ?

Nous n'avons pas à rappeler en détail ce qu'a fait l'*Assistance publique* pour l'extension des cadres de son *personnel médical*. Il suffit de constater qu'il existe aujourd'hui 149 médecins, 67 chirurgiens, 19 accoucheurs, 5 oto-rhino-laryngologistes, 4 ophtalmologistes, 24 pharmaciens, 27 dentistes (dont les fonctions doivent être, à

---

tional, Hôpital du district du Bourg-la-Reine, Succursale des Incurables, Maison de retraite de Montrouge, Hospice de La Rochefoucauld.

41. *Hôpital du Bastion* 27 (1902), destiné à fonctionner prochainement comme hôpital d'isolement.

42. *Amphithéâtre d'anatomie*, inauguré en 1832.

Complétons cette liste d'établissements, qui constituent soit des hôpitaux généraux ou spéciaux, soit des hôpitaux d'enfants, par l'indication des *fondations* dépendant de l'*Assistance publique* ou de ses bureaux de bienfaisance :

1. *Hospice Saint-Michel* (1825), *fondation Boulard*, à Saint-Mandé.
2. *Hospice de la Reconnaissance* (1828), *fondation Brézin*, à Garches, Seine-et-Oise.
3. *Fondation Lambrechts* (1823-1846), protestation vivante contre les atteintes à la liberté de conscience, asile offert au temps des persécutions religieuses par un catholique fervent aux cultes dissidents, — et *fondation Dassier*, à Courbevoie.
4. *Hospice Devillas* (1832), à Issy.
5. *Maison de retraite Chardon-Lagache* (1861), à Auteuil.
6. *Hospice Lenoir-Jousseran* (1872-1880), — et *fondation Dagnan*, à St-Mandé.
7. *Fondation Rossini* (1877), à Auteuil.
8. *Fondation Galignani frères* (1879-1889), victime par la diminution de ses revenus de la conversion des rentes, à Neuilly.
9. *Asile Riboutté-Vitallis* (1882), à Forges-les-Bains.
10. *Fondation Hartmann* (1892), située aussi à Forges.
11. *Fondation Dheur* (1891), à Ivry.
12. *Fondation Fortin* (1890), à La Roche-Guyon, Seine-et-Oise.
13. *Orphelinat Parent-du-Rosan* (1890).
14. *Hospice Alquier-Debrousse* (1892), — et *fondation Guéroult*.
15. *Asile Casimir Davaine* (1893), à Garches.
16. *Fondation Chemin-Delatour* (1899), à Ivry.
17. *Hospice de Bellême* (1900), Orne, *fondation Boucicaut*.
18. *Maternité de Chalon-sur-Saône* (1887), Saône-et-Loire, *fondation Boucicaut*.
19. *Maternité de Mont Saint-Aignan* (1897), près Rouen, Seine-Inférieure. *fondation Boucicaut*.
20. *Maternité de Roubaix* (1897), Nord, *fondation Boucicaut*.
21. *Fondation Lesecq* (1675).
22. *Hospice et dispensaire Leprince* (1819).
23. *Hospice Tisserand* (1871).
24. *Orphelinat Douchin* (1896).
25. *Fondation Damet* (1856).
26. *Hospice de Belleville* (1860).

Cette liste, déjà longue, n'est heureusement pas près d'être close ; il reste des revenus provenant de fondations, qui n'ont pas été jusqu'à présent employés, et la source des charités parisiennes n'est point encore tarie.

l'avenir, — et nous regrettons pour notre part cette mesure draconienne — exclusivement réservées aux seuls *stomatologistes*).

L'*Assistance* emploie, de plus, 279 internes en médecine et en chirurgie, 162 internes en pharmacie, 903 externes, 52 sages-femmes, 1 directeur de l'*Amphithéâtre d'anatomie*, 2 prosecteurs, 1 chef et 1 sous-chef de laboratoire, 2 aides, 1 répétiteur, soit, au total, 1.699 personnes, occasionnant (d'après les chiffres relevés dans le *Projet du budget de* 1902) une dépense annuelle de 1.523.050 francs.

L'*Administration* dispose de 29.313 lits et secourt ainsi 238.798 administrés, en répartissant ses soins en un total de journées évaluées à 10.022.800.

Dans cet ensemble, les *hôpitaux* absorbent par eux-mêmes 5.144.000 journées ; les *Enfants-Assistés*, 60.800, la *Section des Enfants-Assistés* de l'*hospice de la rue Denfert-Rochereau*, 146.000 ; les *aliénés* des quartiers de *Bicêtre* et de *la Salpêtrière*, 697.000 ; les *hospices* et *maisons de retraite*, 3.505.000 ; les *fondations*, 470.000.

Le nombre des lits d'*hôpitaux* se décompose de la façon suivante :

En MÉDECINE, pour le traitement des *maladies générales, aiguës* ou *chroniques*, ou celui des *maladies épidémiques*, auxquelles sont réservés des salles ou pavillons spéciaux (hommes et femmes, garçons et filles)..	8.083
Lits d'*enfants convalescents*, lits d'*isolement*, lits pour *maladies vénériennes*..................................	853
En CHIRURGIE, pour les *maladies générales* ou les *maladies spéciales : voies urinaires, yeux, larynx ;* lits d'*ovariatomie*, lits pour *enfants de 2 à 4 ans*, lits affectés aux *maladies vénériennes*..................................	3.419
En OBSTÉTRIQUE, lits d'*accouchement* pour *femmes enceintes et accouchées*, lits de *gynécologie chirurgicate*......	957
Berceaux pour *lits d'accouchement et de crèche, lits de crèche* (en *médecine* ou en *chirurgie*), *couveuses*, lits pour *enfants débiles*..................................	1.131
Lits pour *élèves sages-femmes*, malades ou valides, et pour *nourrices sédentaires*..................................	153
Lits réservés..................................	98
Soit, au total :	14.694
L'état des lits d'*hospices*, tant pour les malades du service d'*hôpital* et d'*infirmerie* que pour les *vieillards* et *infirmes*, les *enfants* et les *aliénés* des 2 sexes, fournit, de son côté, le chiffre de..................................	14.619

Ce qui donne, pour les hôpitaux et hospices, un ensemble de 29.313 lits.

Le fonctionnement de cet ensemble constitue le *Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris*, et est régi par les *dispositions réglementaires* en vigueur à la date du 1er juin 1899.

Et c'est précisément à l'article 61 de ce *Réglement* qu'il a été fait plus haut allusion. Relatif aux *opérations* pratiquées dans les services hospitaliers, il s'exprime ainsi :

« Les *chirurgiens* et *accoucheurs chefs de service* ou leurs *assistants* doivent procéder par eux-mêmes à *toutes les opérations.*

» Ils peuvent, toutefois et *par exception*, autoriser leurs *internes:*

» 1° A opérer en leur présence et sous leur surveillance;

» 2° A faire, en leur absence, une opération déterminée sur un malade désigné.

» Cette dernière autorisation ne peut être donnée qu'aux *seuls internes qui auront été appelés à bénéficier des dispositions de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine* (c'est-à-dire aux internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de 12 inscriptions et aux étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, et qui peuvent être autorisés — autorisation délivrée par le *préfet du département*, limitée à trois mois, et renouvelable dans les mêmes conditions, — à exercer la médecine en cas d'épidémie à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé).

» Elle doit être donnée par écrit et remise au directeur de l'établissement.

» En outre, avant de procéder à l'opération, l'interne doit toujours en prévenir le directeur. »

Quant au *Service dentaire hospitalier*, nous avons déjà signalé qu'il était resté longtemps à l'état rudimentaire.

Il existait sans doute, depuis des années[1], — mais dans quelles

---

1. Rappelons, pour être complets, les *précédents* que nous avons pu recueillir :

1° En 1658, un sieur *Dupont*, opérateur du *Roy*, est venu prier la *Compagnie* (c'est-à-dire les administrateurs de l'*Hôtel-Dieu*) de lui accorder la permission de prendre les dents des personnes mortes à l'*Hôtel-Dieu*, pour en aider le public qui en aura besoin. Sur quoy, ayant été remarqué que pareille proposition a déjà été rejetée au *Bureau*, la *Compagnie* a arrêté qu'elle n'accorderait point la demande du dit sieur *Dupont* ». (V. Brièle. *Collection de documents pour servir à l'hist. des hôpit. de Paris. Impr. nat.* 1882, t. I, p. 127);

2° En 1674, « un particulier a demandé la permission d'arracher deux dents à chacun des morts de l'*Hôtel-Dieu* qui les aurait belles, moyennant une rétribution qu'il en donnera : ce que la *Compagnie* n'a voulu lui accorder. » (*Ib.* p. 197.)

3° En 1751, « lecture faite d'un mémoire présenté par le sieur *Caperon*, chirurgien-dentiste, par lequel il demande qu'il soit permis aux jeunes gens ses élèves, qui se destinent à être chirurgiens-dentistes, de s'exercer sur les cadavres de l'*Hôtel-Dieu* dans l'opération d'enlever les dents, sous prétexte de se perfectionner. Sur quoy, a été observé que cette permission est de même nature que celles qui ont été demandées plusieurs fois, soit par des chirurgiens du

conditions! — des services spéciaux pour le traitement des maladies des dents (et qui, pour la plupart, n'étaient point rétribués); à *la Charité*, aux *Enfants-Malades*, à *Troussseau*, aux *Enfants-Assistés*, à la *Maison d'accouchement* (service inauguré en 1859), à *Bicêtre* et à *la Salpêtrière*, lorsque, le 20 mai 1886, le *Conseil de surveillance de l'Assistance publique* s'avisa qu'il était temps enfin de soumettre les soins à donner aux affections dentaires à une organisation plus

---

dehors, soit même par des médecins, de pouvoir opérer et faire des expériences sur les cadavres de l'*Hôtel-Dieu*, permissions qui ont toujours été refusées, et qu'on a délibéré de ne jamais accorder, par les raisons expliquées dans les délibérations, raisons qui militent également contre la demande du sieur *Caperon*, qui, d'ailleurs, est très en état par lui-même de fournir aux élèves, dont il tire de grosses pensions, les moyens et les occasions fréquentes de s'instruire, puisqu'ils peuvent le voir opérer sur les pauvres qu'il reçoit tous les jours indistinctement chez lui à une heure marquée; qu'enfin le chirurgien-major de l'*Hôtel-Dieu*, auquel messieurs les commissaires, suivant les intentions du *Bureau*, ont communiqué ce mémoire, a démontré les inconvénients d'une pareille permission; — A été arrêté que la permission demandée par le sieur *Caperon* ne pouvait être et ne serait point accordée. » (*Ib.* p. 358.)

Nous relevons aussi, en 1786 (*Ib.* t. II, p. 165), une plainte contre un sieur *Hurel*, chirurgien-interne de l'*Hôtel-Dieu*, qui « n'a pas cessé d'arracher toutes les dents aux cadavres dans la *Salle des morts* pour les vendre aux dentistes ».

Chose curieuse! Dans le même temps (1649), « il était passé bail à *Simon Lassus*, bourgeois de *Paris*, des cheveux qui, de l'ordonnance des médecins du dit *Hôtel-Dieu*, se couperont des malades pendant deux ans, moyennant 100 livres par an. »

Il est vrai qu'en 1651, la *Compagnie* déchargeait le « particulier perruquier » du marché qu'il avait fait avec l'*Hôtel-Dieu* pour les cheveux des malades, « attendu qu'il ne pouvait pas faire son profit des dits cheveux! »

4° Le 27 *mars* 1816, *M. Delabarre père* est nommé dentiste à l'*hospice des Orphelins (la Pitié)*, « *où il exercera son art, toutes les fois que l'occasion s'en présentera* »;

5° *Le* 10 *mai* 1840, *Arrêté* attachant un dentiste à l'*hôpital des Enfants-Malades*, mais avec obligation pour celui-ci de se concerter avec les médecins et le chirurgien en chef de l'établissement, « *pour tous les cas où son art sera nécessaire* »;

6° *Le* 16 *octobre* 1844, *Lettre ministérielle* fixant la marche à suivre pour la nomination des dentistes attachés au service des établissements de l'*Administration* et s'expliquant sur le mode de nomination des chirurgiens-dentistes. Les dentistes doivent être, — y lisons-nous — considérés comme des employés de l'*Administration*, et être, dès lors, nommés par les membres du *Conseil général des hospices*, sauf l'approbation du *Préfet de la Seine*;

7° *Les* 20 *mars et* 23 *octobre* 1884, *et le* 8 *avril* 1850, *Arrêtés* créant ou confirmant deux places de dentistes, *à l'hospice des Enfants-Trouvés* et à l'*hôpital des Enfants-Malades*, et décidant que la visite des enfants valides de l'*hospice* aura lieu tous les quinze jours;

8° *Le* 6 *mai* 1854, *Arrêté* créant à l'*hôpital Sainte-Eugénie (Trousseau)* un service de chirurgien-dentiste, dont les fonctions seront gratuites;

9° *Le* 6 *mai* 1859, *Arrêté* nommant un dentiste à la *Maison d'accouchement*, avec gratuité des fonctions;

10° *Le* 12 *août* 1859, Arrêté nommant un dentiste à la *Maison municipale de santé*, avec gratuité des fonctions.

Et c'est tout!

régulière ; et, s'inspirant du projet qui lui était soumis de répartir les services en 8 *groupes*, avec *visites* et *consultations*, un *Arrêté du* 20 *août* 1887 institua un traitement méthodique des maladies des dents dans les hôpitaux de *Paris*.

Depuis lors, avec le temps, l'*Administration* a essayé de mettre un peu d'ordre dans le fonctionnement des services dentaires.

Il n'est plus permis désormais au *dentiste chargé d'un service hospitalier* de se faire remplacer comme autrefois par un *aide* que l'*Administration* n'aura pas agréé, et ses heures d'arrivée à l'hôpital et de départ doivent, à l'avenir, figurer sur le *Relevé trimestriel des présences et heures de visite des médecins et chirurgiens* (*Circulaire du* 10 *avril* 1889).

Il a l'obligation de faire hebdomadairement une visite à celui des hôpitaux du groupe dont il est chargé, où il n'existe pas de consultation externe réglementaire, et les consultations externes elles-mêmes, là où elles ont lieu, doivent être de deux par semaine (*Circulaires des* 26 *juin et* 26 *juillet* 1889).

Mais que de lenteurs encore et que d'obstacles à franchir dans la voie du progrès !

L'outillage nécessaire devant occasionner une dépense assez élevée, l'*Assistance publique*, avec les ressources limitées et toujours gagées longtemps d'avance dont elle dispose, juge prudent de procéder sans hâte aux réformes. Aussi, en 1889, ne compte-t-on encore que 8 dentistes pour 22 établissements hospitaliers, groupés par régions ou selon leur importance.

D'autre part, comme si déjà se dessinait un premier embryon de confiscation des services au profit des *stomatologistes*, une *Circulaire du* 8 *janvier* 1890 réserve aux seuls *docteurs* et aux *étudiants en médecine* l'accès des *cliniques dentaires*.

A coup sûr, ce n'était pas là le moyen d'arriver rapidement à une solution, et les services hospitaliers ne tardèrent pas à être négligés par leurs titulaires, en raison même de l'insuffisance des locaux qu'on mettait à leur disposition et de l'absence des instruments indispensables, qu'on négligeait de leur délivrer.

Une réorganisation complète, avec extension des services dentaires, s'imposait donc à brève échéance, et on l'aborda plus franchement dès 1890.

Des *Arrêtés des* 18 *mai et* 18 *novembre* 1891 déterminèrent les limites de la réforme ; mais, soucieux, cette fois, de l'hygiène et de la santé de tous, on se décida à fournir aux hôpitaux du *Midi*, de *Lourcine* et *Pascal* un outillage spécial dont ils étaient privés jusqu'alors en dépit d'incessantes réclamations ; le *Pari mutuel* aidant, on put même, en 1892, grâce à l'allocation de 13.200 francs, créer de nouveaux services, et fortifier, dès 1894, le personnel den-

taire par la nomination de cinq nouveaux *adjoints* et *assistants*.

Plus tard encore, l'*Arrêté du 6 juin* 1895 prescrit l'ouverture d'une nouvelle circonscription dentaire dont bénéficient les vieillards de nos hospices, et cinq nouveaux *adjoints* sont appelés à assurer les *remplacements* et *suppléances* en cas de *maladie* ou de *congé* des *titulaires* par l'*Arrêté du* 14 *janvier* 1896.

Puis, le 20 janvier 1898, est créée une dernière circonscription.

Le cadre des dentistes hospitaliers (*Arrêté du* 12 *octobre* 1899) est alors fixé à 12 *titulaires* et à 13 *adjoints* : 7, chargés de *circonscriptions* ; 4, *assistants* ; et 2, chargés exclusivement de *remplacements*.

Enfin, le 3 mai 1900, un *assistant* est adjoint au service de la *Charité*.

Voilà ce qui a été fait jusqu'ici pour les dentistes, tant *stomatologistes* qu'*odontologistes*.

Et c'est pour le personnel du service dentaire hospitalier qu'ont été formulés les articles 1 et 85 à 91 du *Règlement de service de santé*, qui déterminent l'organisation actuelle de ce service et le mode de nomination des dentistes titulaires et adjoints. En voici le texte :

« *Art. 1.* — Le service de santé dans les hôpitaux et hospices est fait par des dentistes (*Arrêtés des 20 août 1887, 18 novembre 1891 et 14 janvier 1896*).....

» *Art. 85.* — A chacun des hôpitaux dont l'importance et la nature l'exigent, est attaché un *dentiste titulaire*.

» Les autres établissements sont répartis en *groupes*, à chacun desquels est attaché un *dentiste adjoint* (*Arrêtés des 20 août 1887 et 18 novembre. 1891*).

» *Art. 86.* — Les remplacements des dentistes titulaires et des dentistes adjoints sont assurés par des dentistes adjoints en nombre déterminé selon les besoins, et qui n'ont aucun service dans les hôpitaux (*Arrêté du 14 janvier 1896*).

» *Art. 87.* — Les dentistes titulaires sont recrutés, au fur et à mesure des vacances, parmi les *dentistes adjoints* chargés de service, et ces derniers parmi les dentistes adjoints attachés au service des *remplacements* (*Arrêté du 14 janvier 1896*).

» *Art. 88.* — Les dentistes titulaires et adjoints des hôpitaux sont nommés par le *Directeur* de l'*Administration* (*Arrêté du 20 août 1887*).

» *Art. 89.* — Les candidats aux emplois de dentiste des hôpitaux doivent justifier de la qualité de *Français*, être *docteurs en médecine* d'une *Faculté française* et être âgés de 28 ans au moins et de 56 ans au plus (*Arrêté du 20 août 1887*).

» Ils doivent, en outre du *diplôme de docteur en médecine*, être pourvus du *diplôme de chirurgien-dentiste*, et justifier d'une scolarité d'une année dans une École dentaire reconnue par l'État ou d'un stage d'un an au moins dans un service dentaire de l'un des *hôpitaux de Paris* (*Avis du Conseil de surveillance du 24 mars* 1898).

» *Art. 90.* — Les dentistes-titulaires sont nommés pour une période de six années, à courir du 1er janvier qui suit leur nomination, avec faculté d'être réinstitués par périodes successives de six années, tant qu'ils n'ont pas accompli leur 62e année (*Arrêté du 20 août 1887*).

» *Art. 91.* — Les dentistes titulaires sont tenus de faire dans les établissements auxquels ils sont attachés, en dehors des cas urgents pour lesquels ils peuvent être spécialement appelés, 2 consultations par semaine, à la fois pour les malades de l'hôpital qui leur seraient indiqués par les chefs de service et pour les malades du dehors (*Arrêté du 20 août 1887*).

» Le service des dentistes adjoints ne comporte pas de *consultations externes*. Ils doivent se rendre, une fois par semaine au moins, dans chacun des établissements de leur groupe pour donner leurs soins aux malades qui leur seraient indiqués par les chefs de service (*Arrêté du 20 août 1887*).

» Les *visites* des dentistes titulaires et des dentistes adjoints dans les hôpitaux doivent avoir lieu dans la matinée, à l'heure de la visite générale, de manière que les chefs de service soient à même de leur désigner ceux des malades traités dans leurs salles qui auraient besoin de leurs soins (*Arrêté du 20 août 1887*) [1]. »

Ce *Règlement* a, depuis lors, déjà subi d'importantes modifications. En juin 1901, après une chaude discussion, le *Conseil de surveillance* a décidé — mais en ce monde est-il rien de définitif ? — qu'un *concours* serait institué pour la nomination aux emplois de dentistes des hôpitaux, à l'instar de ce qui se passe dans les autres services médicaux, et que, pour y prendre part (en des conditions nettement spécifiées), il serait nécessaire, mais suffisant, d'avoir le *diplôme de docteur en médecine*. De là, l'*Arrêté du 20 septembre 1901* sur l'organisation du concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux.

L'obligation d'avoir le double diplôme de médecin et de chirurgien-dentiste disparaît donc, au moins momentanément. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ?

En tous cas, par trois fois, les *odontologistes*, c'est-à-dire les *dentistes diplômés,* ont, dans leurs *Pétitions* des 26 novembre et 24 décembre 1896, et 24 mars 1898, demandé à participer au concours et à être admis aux fonctions hospitalières. Ils ont échoué, sans doute ; j'espère pour eux que ce n'est que partie remise.

Quoi qu'il en soit, à consulter le *Projet de budget de 1902*, l'*Assistance publique* compte actuellement 14 *dentistes titulaires,* attachés, avec une indemnité annuelle de 600 francs, à chacun des hôpitaux suivants : *Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Necker,*

---

1. *L'article* 248 fixe l'indemnité annuelle attribuée aux dentistes titulaires et adjoints.

Beaujon, Lariboisière, Tenon, Saint-Louis, Enfants-Malades, Trousseau, hospice des Enfants-Asssistés, Bretonneau, Hérold.

Un *dentiste adjoint* est attaché à chacun des hospices de *Bicêtre* et de *la Salpêtrière*, et cinq autres sont chargés à titre d'*assistants*, des services de l'*Hôtel-Dieu, la Charité, Lariboisière, Saint-Antoine*, et *Saint-Louis*, avec une indemnité annuelle pour chacun d'eux de 500 francs, à l'instar des adjoints chargés de service.

Les autres établissements sont répartis en cinq groupes, confiés chacun à un dentiste adjoint :

1. *Ricord, Broca*, groupe qui, répondant à des besoins spéciaux, sera sans doute maintenu, même lorsque le changement de nom de *Ricord* sera devenu définitif.
2. *Cochin, la Maternité, clinique Baudelocque, clinique Tarnier.*
3. *Laënnec, Bichat, Andral.*
4. *Broussais, La Rochefoucauld, Ivry.*
5. *Boucicaut, les Ménages, Sainte-Périne.*

De plus, six dentistes adjoints (un suppléant et cinq assistants) sont chargés, sans circonscription déterminée, des *suppléances* et *remplacements*.

De cet ensemble d'indications ne résulte-t-il pas qu'il est encore toute une catégorie d'établissements dépendant de l'*Assistance publique* (et ce ne sont ni les moins intéressants ni les moins intéressés à une organisation), qui sont actuellement dépourvus de services dentaires : l'*École d'Alembert, à Montévrain*, Seine-et-Marne ; l'*École d'horticulture Le Nôtre, à Villepreux*, Seine-et-Oise ; l'*École maritime de Port-Hallan, à Belle-Isle-en-mer*, Morbihan ; l'*École Roudil, à Ben-Chicao*, département d'Alger (Algérie) ; l'*École professionnelle et ménagère d'Yzeure*, à Yzeure, Allier ; *Moisselles*, etc., etc. ; en un mot, tous les établissements consacrés à l'enfance, pour qui la conservation des dents est chose si précieuse ?

Et nous ne faisons qu'indiquer les *services généraux* de l'*Administration*, qu'il serait bon aussi de ne pas négliger : *Boucherie centrale, Boulangerie centrale, Cave centrale, Pharmacie centrale, Magasins généraux, Buanderie nouvelle des hôpitaux, Administration centrale*, en ce qui concerne tout au moins les agents du *personnel secondaire*.

On voit, en somme, combien il reste encore à faire !

C'est pour cela que l'*École dentaire de Paris*, — qui semble puiser dans la lutte qu'elle a vaillamment engagée dans un intérêt général une ardeur sans cesse renaissante et qu'aucun obstacle ne saurait lasser, et qui surtout garde intacte l'espérance que l'*Assistance publique* appréciera plus favorablement en un jour prochain les services que seraient disposés à lui rendre les dentistes diplômés, —

n'a pas, un instant, songé à relâcher les liens qui, depuis 1896, l'unissent à cette *Administration*.

Elle ne s'est pas contentée de faire admettre ses *Élèves* à l'*Amphithéâtre d'anatomie*[1] ; elle a obtenu pour eux, en 1898, l'autorisation de suivre dans quelques-uns de nos hôpitaux un *stage clinique semestriel*[2].

Et c'est précisément cet ensemble de rapports ainsi établis au cours du temps qui a donné naissance aux questions de responsabilité qui préoccupent à si juste titre l'*École dentaire*, aussi bien au point de vue de l'administration des anesthésiques, qui prend de plus en plus d'extension, qu'au point de vue des autres opérations que pratiquent les services hospitaliers.

C'est, du reste, — répétons-le, — au même ordre de préoccupations que paraît avoir obéi l'*Assistance publique*, lorsqu'en avril 1902, elle a saisi son *Comité consultatif*, et nous ne saurions, pour résoudre la difficulté, choisir de meilleur guide, ni trouver de solution plus juridique que celle qu'a formulée, en son nom, dans la circonstance, l'un des maîtres les plus éminents du *Barreau de Paris*, *Me Bétolaud*.

Quand, au cours d'une *opération chirurgicale, le chef d'un service hospitalier* se trouve dans la nécessité, pour opérer, de se faire aider par l'*interne de garde*, et qu'à défaut d'un autre *assistant*, il est obligé de solliciter le concours d'un *agent du personnel secondaire*, *surveillant*, *suppléant*, *panseur* ou même *infirmier*, et de lui confier, vu l'urgence, l'administration de l'*anesthésique*, — en cas d'accident, la responsabilité civile de l'*Administration* ne pourrait-elle pas être engagée ?

De même, dans un service dentaire, le *titulaire* de ce service confie à un assistant bénévole (un *élève* de l'*École dentaire*, par exemple), le soin d'une petite opération ou d'une injection locale de cocaïne : s'il survient un accident, y aura-t-il responsabilité, et alors à qui incombera-t-elle, au chef de service, au directeur de l'hôpital, à l'*Assistance publique*, à l'*élève* ou à l'*École dentaire* ? L'article 61 du *Règlement de service de santé* n'interdit-il pas formellement toutes espèces d'*opérations* à d'autres qu'au chef de service, ou — mais à titre exceptionnel seulement — à l'interne ?

De même, enfin, un dentiste, en son cabinet, confie à un *opérateur*

---

1. Les cours ouverts aux élèves-dentistes rapportent à l'*Assistance* une recette éventuelle, et qui n'est pas à dédaigner, par le temps qui court, de 7.000 francs par an.

2. Ce stage a été établi dans deux hôpitaux : *Boucicaut*, pour la médecine ; *Saint-Antoine*, pour la chirurgie. Les indemnités allouées, de ce chef, aux titulaires des services désignés leur sont directement payées par l'*École dentaire*.

certains traitements, et le client est blessé. Qui sera responsable ?

Autrement dit, quelle est l'étendue des droits et des devoirs professionnels du praticien, opérant ou laissant opérer chez lui ?

Quelle est, dans un hôpital, l'étendue des droits et des devoirs d'un chef de service, eu égard aux opérations qui s'y pratiquent ?

Et quelle est, sous un autre aspect, l'étendue de l'aide que peuvent prêter, soit des agents du personnel secondaire hospitalier, soit des *élèves* de *l'École dentaire*, assistants bénévoles, soit des opérateurs employés par et chez le dentiste ?

C'est ce point particulier qu'il nous reste à résoudre brièvement.

Il ne faudrait pas donner à l'article 61 du *Règlement* un sens purement littéral ni une portée par trop rigoureuse, D'abord, le *Règlement* lui-même n'est qu'un *Règlement d'ordre intérieur*, applicable dans les rapports de l'*Administration* et de ses agents de tous ordres, et les règles qu'il édicte ne sauraient faire échec aux principes du droit, alors même qu'elles auraient pour effet apparent d'en provoquer ou tolérer la méconnaissance.

D'ailleurs, sainement interprété, cet article 61 n'interdit strictement que les *grandes opérations* à tous autres qu'aux chefs de service, ou exceptionnellement aux internes.

Sans cela, l'on pourrait se demander quelle pourrait bien être l'utilité de la présence des *internes* et des *externes* dans un hôpital.

Mais, en réalité, l'interdiction d'opérer n'équivaut pas à l'interdiction de prêter aide et assistance à une opération à laquelle présiderait le chef de service en personne.

L'article 61 n'a qu'un but : empêcher toute personne non qualifiée ni attitrée de prendre une mesure d'initiative individuelle.

Le tout se réduit, en définitive, à rechercher, en fait, si l'acte reproché, et d'où l'on veut faire découler une responsabilité, est ou non un acte d'indépendance propre.

Ainsi, — pour nous en tenir spécialement à ce qui concerne l'art dentaire, — de ce que la Loi de 1892 a interdit aux *dentistes patentés* l'usage des anesthésiques sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, et de ce qu'un *dentiste diplômé* a droit de procéder seul et sans concours à des injections hypodermiques, faudra-t-il induire qu'il ne sera permis ni aux uns ni aux autres de se faire assister, — à leurs risques et périls, bien entendu, — par les personnes qu'ils emploient d'ordinaire dans leur pratique professionnelle ?

Assurément non. Semblable interdiction serait grosse de conséquences.

Outre qu'elle ajouterait à la loi ce que le législateur n'y a pas mis ni voulu mettre, elle rendrait parfois impossible l'exercice de la

profession et onéreuses plus que de raison pour le client (au point même de ne pas souvent permettre de les aborder) certaines opérations cependant indispensables.

D'ailleurs, le *Règlement* lui-même n'a pas une telle rigueur.

A côté de l'article 61, ne trouvons-nous pas les articles 26 et 27, qui parlent de *pansements d'urgence* faits dans les services de *consultations externes*, et qui admettent qu'on fasse, en ce cas, appel à l'aide des *externes*. (V. aussi art. 119) ?

De même, le *Règlement* prévoit l'assistance d'internes dans les services de consultation de *Saint-Louis*, *Ricord* et *Broca* pour le traitement des maladies vénériennes et des maladies de la peau.

En outre, les internes peuvent (art. 115) faire les *pansements importants*, c'est-à-dire équivalant en réalité à de *petites opérations*, et les *internes en médecine*, en vertu de l'article 118, ont expressément le droit de faire des *opérations simples*.

De plus, les articles 127, 129 et 131, prévoyant l'imminence du danger que court la vie du malade, si l'on retarde une intervention, ne permettent-ils pas aux internes d'agir, dans certaines conditions, après autorisation formelle et sous la responsabilité de l'autorisant, et sauf, en cas d'accident, enquête administrative, à l'effet d'établir les responsabilités ?

N'en va-t-il pas de même, enfin, dans les hôpitaux d'enfants, pour les *trachéotomies*, qu'il est impossible, sous peine de mort, de retarder d'un instant ?

On voit par là combien le champ d'application de l'article 61 se rétrécit de lui-même dans la pratique et se cantonne dans des bornes raisonnables.

La *Jurisprudence* — à notre connaissance — a, d'ailleurs, eu déjà l'occasion de se prononcer sur la question que nous abordons ici.

Le *Tribunal correctionnel d'Alger*, par jugement du 4 novembre 1893, confirmé par arrêt de la *Cour d'Alger* du 17 mars 1894, a reconnu qu'aucun règlement ne prescrit au praticien qui endort un malade l'assistance d'un collègue capable par ses connaissances médicales de reconnaître les signes de l'action de l'anesthésique sur le patient, et que, dès lors, en cas d'accident, sa responsabilité n'est engagée que s'il est certain que l'anesthésique (mal administré) a été la cause directe du décès.

Il n'y a point de responsabilité — dit, d'autre part, un jugement du *Tribunal de la Seine* du 27 décembre 1894 — si l'agent anesthésique a été administré en présence et sous la direction du praticien (chef de service), dans des conditions qu'il avait seul qualité pour déterminer. Le sommeil avait, dans l'espèce, été provoqué par l'emploi du *chloroforme*, pour qu'on pût opérer une tumeur fongueuse de la main

gauche. Le malade hospitalisé avait été, disait-on, traité, sans les précautions voulues, par les internes seuls, et hors la présence du chef de service. A quoi le praticien répondait que, s'il avait, en effet, un instant quitté la salle d'opérations, il ne l'avait en réalité jamais perdue de vue, et que, de plus, au moment où il s'était écarté du malade, la période d'excitation qui précède l'anesthésie n'ayant point fait sentir encore ses effets, sa présence effective et permanente n'était pas, à vrai dire, indispensable. Et le tribunal a, dans ces conditions, rejeté toute responsabilité, — ne voulant pas, avec raison, interpréter judaïquement l'article 61 du Règlement et se fondant, en outre, sur ce motif de droit que l'*Assistance publique* n'avait pas, de son côté, à répondre des fautes du praticien (art. 1384 C. civ.), puisque ce dernier n'était pas *son préposé :* car ce n'était pas elle qui l'avait choisi ; nommé à la suite d'un concours, il n'avait ni ordres, ni instructions à recevoir d'elle pour le traitement des malades.

Enfin, un dernier jugement du *Tribunal de la Seine* du 27 juin 1901, fixant en la personne du chef de service (le cas échéant) le principe et la source de toute responsabilité, affirmait que, lorsqu'un chef de service (un dentiste, dans l'espèce), se proposant en sa clinique d'administrer du *chlorhydrate de cocaïne* à un malade, donne verbalement à un infirmier l'ordre d'apporter le flacon qui doit contenir la substance, et délivre celle-ci au patient sans plus ample vérification, il est responsable, car son devoir de chef de service est précisément de procéder, au moment d'une opération, à un examen minutieux des produits dont il entend user, et son manque de surveillance constitue une faute dont il a seul à répondre.

De cet ensemble de considérations ne convient-il pas de conclure que le danger que peut courir une personne dont l'aide donnée n'est qu'occasionnelle et accessoire n'est point, au fond, bien sérieux, et qu'en pareille occurrence ni l'*Assistance publique*, ni l'*École dentaire* n'ont intérêt à écarter, des cliniques qui les emploient, l'une son personnel secondaire et l'autre ses élèves bénévolement accueillis ; — et n'en doit-on pas dire autant du dentiste, occupant chez lui des assistants et des opérateurs ?

Les principes juridiques sur lesquels s'appuie la solution sont, en définitive, des plus simples. Il suffit, pour les dégager de l'*Avis du Comité consultatif* dont nous avons parlé, d'en reproduire la substance.

Qu'il s'agisse du personnel secondaire hospitalier, nommé par l'*Administration*, placé sous sa surveillance et révocable par elle, qu'il s'agisse d'élèves des *Écoles dentaires* admis à titre bénévole dans les services hospitaliers, ou enfin d'opérateurs et d'apprentis travaillant

dans le cabinet d'un praticien, — on est en présence soit de préposés, soit d'assistants, qui, en cas de faute commise dans l'exercice de leur fonction, peuvent engager la responsabilité civile de ceux dont ils dépendent ou qui les emploient : *Administration, École dentaire, praticien* (art. 1384 § 3 C. civ.).

Mais cette responsabilité n'apparaîtra que si l'assistant ou le préposé a lui-même commis une *faute personnelle*, et si surtout son intervention, motivée par des circonstances particulières (le manque, par exemple, en cas d'urgence, d'une personne plus spécialement qualifiée pour administrer l'anesthésique), n'était pas nécessairement, par son objet même, étrangère à la fonction dont on l'avait chargé.

Il serait, en effet, dans la pratique, impossible d'interdire formellement la participation de tels aides à l'emploi des anesthésiques ou à la mise en œuvre d'opérations d'extrême urgence, qui, au reste, équivalent presque, au fond, à ce qu'appelle des *opérations simples* le *Règlement du service de santé* lui-même. Une semblable interdiction aboutirait, dans des cas graves, — et fort inhumainement, semble-t-il, — à paralyser momentanément tout un service, en empêchant de procéder en temps utile à une opération indispensable.

Comment voudrait-on, d'ailleurs, qu'un simple employé, un élève ou un assistant se fissent juges de la nécessité ou de l'urgence de leur concours ? Le refus, de leur part, d'obtempérer à l'appel qui leur est adressé, ne serait-il pas même de nature à soulever les conflits les plus fâcheux pour la discipline et le bon ordre dans le service ?

Seulement, il va de soi que l'individu sollicité ne devra prêter son aide que sur réquisition formelle de celui qui le commande, et *en se conformant strictement aux instructions précises, qu'il doit attendre et qu'il est en droit de demander.*

Et alors, du moment qu'il ne sortira pas de cette réserve et se bornera à une aide matérielle, du moment qu'il se tiendra constamment sous la direction du chef de service, du moment, en un mot, qu'il ne s'écartera par des ordres reçus et s'abstiendra de toute initiative personnelle et de toute action indépendante, — il sera, en principe, couvert par ce chef de service, et c'est ce dernier seul qui aura à répondre éventuellement, soit du choix de ses aides, soit des ordres mal donnés ou mal surveillés par lui dans l'exécution.

Mais s'il prend une initiative, soit pour l'administration de l'anesthésique, soit pour le mode et les conditions de son emploi, soit pour la mise en œuvre d'une opération, et si, agissant de son propre mouvement, il commet une faute qui cause un accident, alors seulement il pourra engager à la fois sa propre responsabilité, pénale ou civile selon les cas, et la responsabilité civile de celui dont il dépend, — et cela, indépendamment de la responsabilité éventuelle du chef de service, pour défaut inexcusable de direction ou de surveillance, ou parce

que ce dernier aurait eu recours à un auxiliaire manifestement insuffisant.

Il est donc du devoir de l'aide ainsi sollicité d'être assez soucieux de l'intérêt commun et de son intérêt propre, pour ne jamais prendre, en de pareilles circonstances, une initiative personnelle, toujours inefficace, et souvent dangereuse.

FERNAND WORMS,
Avocat à la Cour d'appel de Paris,
Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique,
Professeur de Droit médical à l'École dentaire de Paris.



Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
Fusionnée avec
L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE
(Fondée par Le Verrier, en 1864)
Reconnues d'utilité publique
Secrétariat : 28, RUE SERPENTE

CONGRÈS DE MONTAUBAN

7-14 *août* 1902.

Nous publions ci-après le programme détaillé du Congrès de Montauban et la liste des congressistes qui, *actuellement*, ont envoyé leur adhésion, et nous publierons par la suite une nouvelle liste indiquant les adjonctions survenues.

Nous rappelons aux retardataires qu'il est nécessaire de se hâter pour profiter des diverses réductions, entre autres de celle de 50 o/o sur les chemins de fer, et nous les engageons à se mettre directement en rapports pour gagner du temps avec le secrétariat de l'AFAS, 28, rue Serpente.

PROGRAMME DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE.

Jeudi 7 août.

Le matin à 10 heures, séance de la Fédération dentaire nationale.

L'après-midi, ouverture du Congrès sous la présidence de M. Carpentier, président de l'Association.

Vendredi 8 août, 9 heures du matin.

1° Allocution du Président.

2° Election du Bureau { 2 vice-présidents. 1 secrétaire général.

3° Principes de phonétique et d'orthologie. Leurs rapports avec la prothèse restauratrice vélo-palatine, par M. Delair, de Nevers.

4° Note sur les différentes sortes d'articulation des dents entre elles, Choquet.

Vendredi 8 août, 2 heures.

Séance de la Fédération dentaire nationale.

Vendredi 8 août, 9 heures du soir.

Réception des membres de la section d'Odontologie par le Président de la section.

Samedi 9 août, 9 heures du matin.

Communications :

1° De la nécessité d'une classification dans les malocclusions dentaires par M. Kritchevsky, de Paris ;

2° Le ciment ; traitement pour les seconds degrés douloureux par M. A. Fayoux, de Niort ;

3° Migration physiologique des dents, son rôle dans la correction des irrégularités dentaires par le Dr Siffre, de Paris.

Samedi 9 août, 2 heures.

1° Note sur un cas de tumeur de la pulpe dentaire, sans carie de la dent par le Dr Pont, de Lyon.

2° A propos de l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë, par M. Heïdé, de Paris.

3° De l'action antiseptique de la cataphorèse en art dentaire, par M. Rigolet, d'Auxerre.

4° La vitalité de la pulpe après extraction et réimplantation immédiate (Communication) par M. Marronneaud, de Bordeaux.

Samedi 9 août, 4 heures.

Election du Président pour la session de 1903.

Samedi 9 août, 4 heures 1/2.

Graduation et signes de l'intensité des anesthésies somnoformiques.

Des tensions sanguines et examen du sang pendant, avant et après l'anesthésie.

Pouvoir hématolytique de certains anesthésiques généraux, par Dr Rolland, de Bordeaux.

Samedi 9 août, 6 h. du soir, clôture, départ pour Toulouse.

Samedi 9 août, 8 heures à Toulouse.

Banquet général des membres de la section d'Odontologie.

Dimanche 10 août.

Excursion générale à Bruniquel, Saint-Antonin, Ferrayrol (vallée de l'Aveyron).

Lundi 11 août à Toulouse [1], *9 heures du matin.*

Démonstrations pratiques organisées sous les auspices de la Société des dentistes du Midi.

---

1. Ce programme, complété et contenant tous les renseignements qu'il sera possible de se procurer, sera adressé à tous membres de la section ultérieurement.

Président : Dr Chemin, de Toulouse.

1° Anesthésie au somnoforme, Dr Rolland ;

2° Démonstrations pratiques diverses, Delair ;

3° Démonstrations de cataphorèse, Rigolet ;

4° Emploi du ciment comme traitement dans les seconds degrés douloureux, Fayoux ;

5° De l'emploi de l'acide sulfurique dans les caries du 4e degré, Dr Siffre ;

6° Technique de la construction des dentiers selon les lois anatomiques, Dr Amoëdo ;

7° Nouvelle forme à donner à la face triturante des couronnes en or, Dr Amoëdo ;

8° Mode d'emploi du xyléna, Choquet ;

9° Présentation d'un appareil fantôme et accessoires pour travaux pratiques, Dr Siffre.

Procédé rapide pour estampage de couronnes d'or (Démonstration), M. Marronneaud.

Lampe de douche électrique à miroir et à pile humide (Démonstration), M. Marronneaud.

Mardi 12 août.

Excursion générale à Castelsarrasin, Moissac.

Mercredi 13 août, de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

Communications du Dr Frey.

1° Prothèse immédiate du maxillaire inférieur ;

2° Rapports pathologiques entre les articulations temporo-maxillaires et les dents ;

3° Etude sur leptothrix racemosa, Georges Lemerle et Dr Frey ;

4° De l'emploi de l'acide borique à saturation dans l'alcool en art dentaire, Dr Pont ;

5° Pelade et lésions dentaires, Dr Siffre ;

6° Dent de six ans et dent de sagesse, Dr Siffre ;

7° L'acide sulfurique pur et les affections des canaux dentaires, Dr Siffre ;

8° Etude sur les dents après la mort au point de vue de la médecine légale, Dr Amoëdo ;

9° Articulation des dentiers artificiels selon les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et celles des arcades dentaires chez l'homme.

Cliniques : — Technique de la construction des dentiers selon les lois sus-indiquées, Dr Amoëdo.

Jeudi 14 août.

Assemblée générale de clôture

Combinaison de voyage spécialement réservée aux membres de la Section d'Odontologie et à leurs familles.

L'administration de *L'Odontologie*, toujours soucieuse d'être agréable à ses lecteurs, et voulant éviter à ceux d'entre eux qui se rendront à Montauban toutes les surprises désagréables que réservent les hôtels, a organisé avec le concours de M. Junot, directeur des Voyages pratiques, une combinaison comprenant le *voyage*, le *séjour* et une *excursion*, *tous frais compris*.

Aux divers avantages offerts par cette combinaison il y a lieu d'ajouter qu'aux ennuis d'un voyage individuel se trouveront substitués les agréments d'une excursion de famille en compagnie de confrères, excursion dans laquelle les sentiments de bonne confraternité pourront se donner libre cours.

ITINÉRAIRE

Montauban — Toulouse — Castelsarrasin — Cahors — Rodez — Séverac-le-Château — Le Causse de Sauveterre — Sainte-Énimie — La Descente du Tarn — Pougnadoire, le château de la Caze, les rapides — Le Rozier Peyreleau — Vallée de la Jonte — Dargilan — Montpellier-le-Vieux — Millau — Rocamadour — Padirac.

PROGRAMME HORAIRE :

6 *août*.
Départ de Paris (Quai d'Orsay) à 9 h. 57 du matin.
Déjeuner et dîner en Wagon Restaurant.
Arrivée à Montauban à 10 h. 1 du soir.
Installation à l'hôtel.
7, 8, 9 *août*.
Séjour à Montauban.
9 *août*.
Le soir, départ pour Toulouse.
Installation à l'hôtel.
Banquet.
10 *août*.
Journée libre (Repas non compris).
11 *août*.
Séjour à Toulouse (Repas compris).
Retour le soir. Coucher à Montauban.
12 août.
Jonction à l'excursion de Castelsarrasin (dont le montant n'est pas compris). Coucher à Montauban.
13 *août*.
Séjour à Montauban.
A 6 h. 42, départ pour Rodez.
Dîner en route.

Arrivée à 11 h. 35.

14 *août.*

Le matin, départ pour déjeuner à Séverac-le-Château.

Après-midi, visite des ruines. Départ en voiture pour Sainte-Énimie par le Causse de Sauveterre.

15 *août.*

Après le petit déjeuner départ en barques pour la Descente du Tarn : Saint-Chely, grotte, lac, cascades ; Pougnadoire, le moulin, les grottes habitées, premiers rapides, le Château de la Caze.

Déjeuner. Le Barrage d'Hauterive, la Malène, les grands cirques, les détroits, le Pas de Soucy, le Cahos, les Vignes, les grands rapides, le roi des rapides, le Pic de Cinglegros, arrivée vers 3 heures au Rozier Peyroleau.

Dîner. Coucher.

16 *août.*

Après le petit déjeuner départ en voitures spéciales par la vallée de la Jonte jusqu'à la fameuse grotte de Dargilan.

Déjeuner au Chalet de la grotte.

L'exploration de la grotte de Dargilan, et de la plupart de celles qui ont été découvertes ces dernières années est due à l'éminent Spéologue E. Martel, qui a si puissamment contribué à faire connaître les beautés souterraines de la France.

Visite des deux parties de la grotte : L'Eglise, la chaire, les orgues, la grande cascade, la mosquée, la descente aux enfers, le passage de la belle-mère, la salle des lacs, le clocher, véritable merveille de Dargilan.

Vers 5 heures reprise des voitures pour le Rozier Peyroleau.

Dîner. Coucher.

17 *août.*

Départ de bon matin en voiture pour Montpellier-le-Vieux par l'Ermitage de Saint-Michel et la Roque Sainte-Marguerite.

Après déjeuner, visite du site formé par un amas aussi considérable qu'extraordinaire de Roches Dolomitiques.

Reprise des voitures pour gagner la gare des Millau pour la Vallée de la Dourbie.

Départ par le train de 6 h. 11.

Dîner en route.

Arrivée à Rodez à 9 h. 24.

18 *août.*

A 8 h. 28 du matin, départ pour Rocamadour.

Arrivée pour déjeuner.

Après-midi : excursion en voitures à Padirac-Visite du Gouffre.

Retour pour prendre le train de 5 h. 52 pour Paris.

Dîner en route.

19 *août.*

Arrivée à Paris (Orsay à 4 h. 31 le matin).

Prix. A forfait par personne : 2e classe 335 francs, y compris tous les frais de chemin de fer, repas en route, omnibus des gares aux hôtels, séjour dans les hôtels, voitures et barques pour les excursions, entrées et pourboires.

Le tout conformément au programme.

Prix spéciaux au départ de Bordeaux, Montauban, Montpellier, etc.

Les adhésions doivent être envoyées sans retard au bureau du Journal.

M. Junot, directeur des Voyages pratiques, 9, rue de Rome, Paris, chargé de l'organisation matérielle, fournira gratuitement tous les renseignements complémentaires que l'on désirera.

Adhérents au Congrès de Montauban.

MM. Aguilar, de Madrid.
Alaux, de Toulouse.
Armand, de Bordeaux.
Astié, de Paris.
Béal (Dr), de Lille.
Brioux, de Bordeaux.
Bohl, de Castres.
Bouvet, d'Angers.
Chemin (Dr), Toulouse.
Choquet, de Paris.
Coignard, de St-Symphorien.
D'Argent, de Paris.
I. Davenport, de Paris.
Delair, de Nevers.
Debrey, de Londres.
Duchesne, de Toulouse.
Devoucoux, de Paris.
Diparraguerre, de Bordeaux.
Ducournau, de Paris.
Fayoux, de Niort.
Frey (Dr), de Paris.
Frison, —
Gillard, —
Godon (Dr) —
Harwood, de Lyon.
Heïdé, de Paris.
Hesse, de Montbéliard.
Hervochon, de Paris.
Hivert, de Paris.
Kritchevsky, de Paris.
Loup, —

MM. Marronneau, de Bordeaux.
Mendel-Joseph, de Paris.
Mendelsohn, de Montpellier.
Meng, de Paris.
Neech, —
Nux (Dr), de Toulouse.
Ott, de Paris.
Papot, de Paris.
Périé, de Toulouse.
Pont (Dr), de Lyon.
Pylmier, de Paris.
Queudot (Dr), de Paris.
Richard-Chauvin, de Paris.
Rigolet, d'Auxerre.
Rodolphe, de Paris.
Rolland (Dr), de Bordeaux.
Roy (Dr), de Paris.
Rozenbaum, —
Sauvez (Dr) —
Sauvez père, —
Sautier, de Mantes.
Siffre (Dr), de Paris.
Thomas, de Toulouse.
Thuillier, de Rouen.
Touvet-Fanton, de Paris.
Viau, de Paris.
Vichot, de Lyon.
Vichot, d'Angers.
Mme Vichot, d'Angers.
M. Vidal, de Perpignan.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

La réunion de Stockholm jugée par un Américain.

Dans un long et intéressant article consacré à la session de 1902 de la Fédération dentaire internationale le *Dental Digest* de mai dernier commente les résultats probables de la Fédération en général et de la session de 1902 en particulier. En se plaçant spécialement au point de vue du rôle que doit jouer la Commission internationale d'enseignement, il estime que son action aura pour effet d'*unifier la dentisterie, de l'élever à un niveau plus élevé et de faire avancer les intérêts des écoles de toutes les nations.*

Pour notre confrère cette réunion tracera une démarcation entre les écoles américaines membres de l'Association nationale et les écoles bâtardes organisées aux États-Unis et elle est l'équivalent d'une association des Facultés dentaires du monde entier. Les intérêts bien entendus de la dentisterie exigeant qu'une nombreuse délégation se rende à Stockholm ; il engage chaque école à y envoyer un délégué.

Les avantages qui résulteront de la Fédération, ajoute-t-il, ne peuvent pas être l'œuvre d'une année ; mais cette organisation inaugure une ère de camaraderie professionnelle et provoquera une série d'événements qui tourneront au grand bien de la dentisterie partout.

Nous ne pouvons qu'être flattés du jugement que porte notre confrère sur l'œuvre à laquelle nous sommes dévoués tout entiers.

La Rédaction.

SEMAINE DENTAIRE INTERNATIONALE

SOUS LES AUSPICES DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE SUÉDOISE

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

PROGRAMME DE LA SESSION.

Du mercredi 13 au vendredi 15 participation aux séances publiques, cliniques, démonstrations pratiques, etc., de l'American Dental Society of Europe et de la Société dentaire suédoise, auxquelles sont invités les membres de la F. D. I.

Vendredi 15 *août.* — Début de la session de la F. D. I.

9 h. à midi. Cliniques diverses sous les auspices de la Société suédoise avec le concours des membres des diverses Sociétés.

Déjeuner au Grand Hôtel.

Réception des membres de la F. D. I. à deux heures par le Comité local, composé de MM. les Drs Christenson, président de la Société dentaire suédoise et Förberg, et les Sociétés présentes à Stockholm, à l'Institut Royal Caroline (Medico-Chirurgiska Institut).

Assemblée générale de toutes les Sociétés sous la présidence de M. le professeur Lindström, président d'honneur, recevant les étrangers à 3 h. à l'Institut Royal Caroline.

Discours du président du Comité local.

Discours du président de la F. D. I.

Rapport du secrétaire général.

Allocutions des délégués des divers pays et des principales Sociétés.

Réunion du Conseil exécutif à 5 h. 1/2 à l'Institut Royal Caroline.

Banquet de toutes les Sociétés à 7 1/2 à Hasselbacken.

Samedi 16 *août.*

9 h. à midi. Cliniques diverses sous les auspices de la Société suédoise avec le concours des membres des diverses Sociétés.

Déjeuner à Operaterrassen à midi.

Assemblée générale des diverses Sociétés de 2 h. à 5 h. à l'Institut Caroline.

Discours du président de la Commission internationale d'enseignement.

Discussions des principaux rapports sur la 1re question.

Réunion du Conseil exécutif à 5 h. 1/2.

Dîner ou banquet à Hasselbacken à 7 h. 1/2.

Dimanche 17 *août.*

Excursion au château Gripsholm.

Lundi 18 *août.*

Réunion de la Commission d'enseignement de 9 h. à 10 h. à l'Institut Caroline.

Réunion de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 à l'Institut Caroline.

Déjeuner.

Réunion du Conseil exécutif de 2 h. à 3 h.

Assemblée générale de 4 h. à 6 h. à l'Institut Caroline.

Discussions des rapports des Commissions.

Mardi 19 *août.*

Réunion de la Commission d'enseignement de 9 h. à 10 h.

Réunion de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 à l'Institut Caroline.

Déjeuner à midi.

Réunion du Conseil exécutif de 2 h. à 3 h.

Assemblée générale de clôture de 4 h. à 6 h. sous la présidence de M... à X...

Mercredi 20 *août.*

Réunion des Commissions de 9 h. à 10 h.

Réunion du Conseil exécutif de 10 h. à 11 h.

Lunch de séparation à midi.

NOTA. — Les diverses séances du vendredi 15 et du samedi 16 ont été organisées après une entente entre l'*American Dental Society of Europe* (A. D. S. E.) et la F. D. I.

AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE

Mercredi 13 *août.*
Jeudi 14 *août.*
Vendredi 15 *août.*
Samedi 16 *août.*
} Communications, démonstrations pratiques, cliniques, etc.

ADVISORY BOARDS

Mardi 12 *août.* Réunion spéciale aux Advisory Boards.

AMERICAN DENTAL CLUB

Mardi 12 (*soir*). Réception simple des membres arrivés.

SOCIÉTÉ DENTAIRE SUÉDOISE

Vendredi 15 *et samedi* 16 *août.* Réunions, cliniques et réceptions.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine.

M. Georges Gatineau, avocat, vient de consacrer, dans le *Bulletin officiel du syndicat des médecins de la Seine* (15 mai 1902), un article à une intéressante question, sous ce titre : *quelques renseignements pratiques sur la prescription en matière d'honoraires médicaux.*

Il rappelle que la prescription de deux ans, édictée par la loi du 30 novembre 1892, ne commence à courir que du jour où la maladie a pris fin ou du jour où l'on a la preuve que le praticien a été remplacé par un confrère, et que la présomption de paiement sur laquelle elle repose peut toujours être détruite par un aveu contraire, exprès ou tacite, émané du débiteur.

M. Th. David a traité lui-même ici de la prescription applicable aux honoraires des dentistes (*L'Odont.* 1885-261), et le docteur *Ch. Floquet* a publié un *Code pratique des honoraires médicaux* en deux volumes, en 1898, qu'a suivi en 1901 l'étude de *M. Tonneau* sur les honoraires médicaux (V. aussi *L'Odont.* 1897, II,277 et 1901, II,250).

F. W.

Le Bulletin officiel du syndicat des médecins de la Seine (15 mai 1902, p. 92) contient sur les rapports des médecins et des victimes du travail d'après la loi sur les accidents d'intéressants renseignements.

F. W.

LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu de M. le Dr Jessen, professeur libre à l'Université de Strasbourg, un mémoire pour la création d'un institut dentaire dans cette Université et le 9e rapport annuel sur le fonctionnement de la polyclinique pour les maladies des dents.

ANNALES DE MERCK.

Nous venons de recevoir la traduction française des *Annales* que la Maison Merck publie chaque année, depuis quinze ans. Cet ou-

vrage est consacré exclusivement aux médicaments nouvellement introduits dans la thérapeutique. A côté des renseignements donnés sur la composition et sur les propriétés physiques et chimiques de ces médicaments, on trouve de longues indications concernant leur emploi médical, et, en cela, les *Annales de Merck* sont aussi intéressantes pour le praticien que pour le pharmacien.

Handbuch der Zahnheilkunde.

Le Dr Julius Scheff, directeur de l'Institut dentaire de l'Université de Vienne, a entrepris, avec la collaboration des auteurs les plus distingués d'Autriche et d'Allemagne, la publication d'une 2e édition de son *Manuel de dentisterie.*

Cette œuvre considérable ne comprendra pas moins de 4 volumes, devant paraître en 30 livraisons et contenir environ 1000 gravures, chaque livraison ayant 80 pages et étant mensuelle.

L'ouvrage sera divisé en 3 parties, dans chacune desquelles les divers collaborateurs traiteront divers chapitres. Un appendice terminera le tout.

C'est là une entreprise vraiment colossale, mais avec des noms comme ceux qui se chargent de la mener à bien, nous ne doutons pas de son succès final.

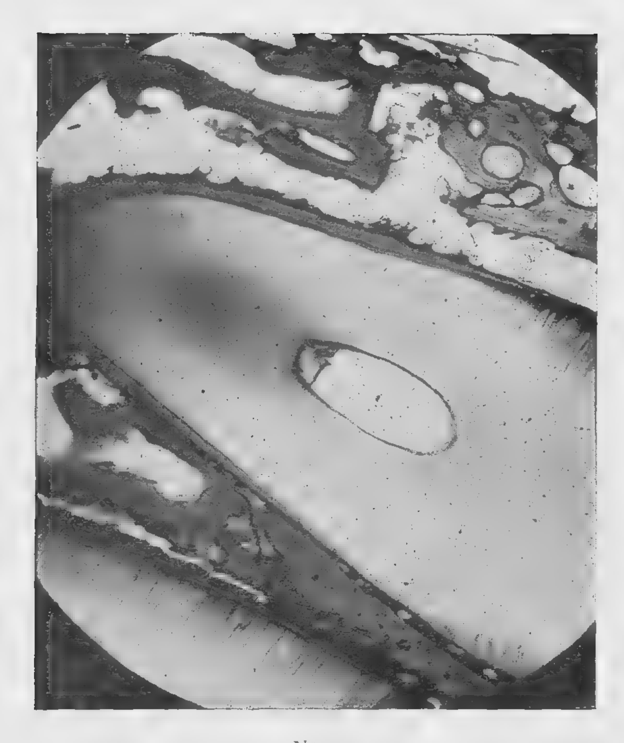
L'éditeur qui publie ce grand travail est M. Alfred Hölder, libraire de l'Université, 13 Rothenthurmstrasse, Vienne I. Prix de la livraison : 2 fr. 50 ; prix total de l'ouvrage : environ 75 fr.

Comptes rendus du Congrès de 1900.

Le 2e volume des comptes rendus du 3e Congrès dentaire international de 1900, consacré aux assemblées de groupe, est en distribution et parviendra prochainement aux congressistes par l'entremise du Service des Congrès de l'Exposition de 1900, qui veut bien se charger de l'expédition.

Nous rappelons que les personnes qui n'ont pas adhéré au Congrès peuvent néanmoins recevoir les 3 volumes des comptes rendus en faisant l'envoi de la somme de 36 fr. à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris (frais de port en plus).

Le 3e volume va être prochainement envoyé à l'impression.



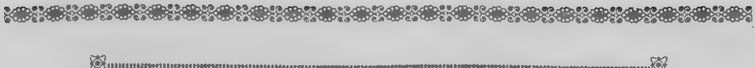
N° 1

Section transversale oblique d'une racine normale de la pièce en discussion.



N° 2

Section transversale oblique de la dent greffée montrant de larges vaisseaux partant du ligament pour aboutir à la chambre pulpaire.



CORRESPONDANCE

Notre collaborateur M. Choquet nous adresse les pièces suivantes dont la publication, accompagnée des reproductions phototypiques ci-jointes, mettra fin au déplorable dissentiment soulevé à la Société d'Odontologie de Paris.

LA RÉDACTION.

Paris, 2 juillet 1902.

Monsieur le Directeur,

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien insérer dans *L'Odontologie* les documents suivants qui cloront d'une façon *absolue* mon différend avec M. Mendel-Joseph.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, avec tous mes remerciements, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

CHOQUET.

Versailles, 19/1 1902.

Mon cher ami,

Je me souviens très bien d'avoir en 1895 abattu dans le laboratoire de Drouin un chien auquel vous aviez quelque temps auparavant fait une greffe dentaire. C'est du reste ce jour qui marque le début de nos si excellentes relations, car je n'avais pas encore le plaisir de vous connaître.

Je me rappelle vous avoir vu sectionner la dent et introduire un stylet dans le canal dentaire, toutes choses dont je vous demandai du reste explication, étant un profane dans l'art dentaire.

Bien à vous.

G. DESOUBRY.
Ex-chef de service à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

Alfort, 20 janvier 1902.

Mon cher ami,

Je suis étonné que l'on nie votre expérience de transplantation dentaire de la mitoyenne supérieure droite chez un chien.

Drouin et vous vous m'en avez souvent parlé et je vous ai vu faire d'autres tentatives au moins aussi délicates.

Offrez à vos contradicteurs de recommencer l'expérience ; je serai

heureux de mettre un chien à votre disposition. Alors vous montrerez ce qui, bien mieux qu'une coupe de dent, vous permettra de triompher des objections.

Très cordialement vôtre.

GABRIEL PETIT,
Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

Paris, 20 janvier 1902.

Mon cher ami,

J'ai parfaitement conservé le souvenir de vos expériences sur la réimplantation dentaire ; c'était dans les derniers mois de 1894, alors que j'étais attaché, comme chef de travaux, au laboratoire de M. le Dr Trasbot.

Bien que le détail de ces expériences me soit un peu sorti de la mémoire, je me souviens parfaitement que vous avez réussi, au moins une fois, à obtenir une réimplantation parfaite. Je me rappelle avoir sacrifié moi-même le chien qui vous avait servi de sujet et avoir prélevé, aux fins d'examen histologique, la mâchoire supérieure.

Comme j'avais assisté à l'opération et que le chien était resté sous mes yeux jusqu'au jour de l'abatage, je puis affirmer que cette transplantation a été suivie de succès complet, *au moins en apparence.*

Il s'agissait en l'espèce de la mitoyenne supérieure droite ; deux chiens ayant été endormis, on leur extirpa à tous deux la dent sus-indiquée, et celle du sujet n° 2 fut tranplantée sur le n° 1, puis maintenue par un fil d'argent encerclé. La consolidation était à peu près complète au bout de deux mois, c'est seulement six mois après, en mars 1895, que l'animal fut mis à mort. Mais avant de procéder à l'abatage, vous avez coupé la dent transplantée sans provoquer de douleur apparente : une sonde introduite dans la cavité pulpaire ne parut pas déterminer de réaction douloureuse.

Je me souviens également que vous m'avez montré la coupe histologique de la région, comportant plusieurs dents ; et je crois que je pourrais reconnaître cette coupe si elle m'était soumise à nouveau.

Veuillez agréer, mon cher ami, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

DROUIN.
Ex-chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique
à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

Ayant examiné une coupe en possession de M. Choquet et représentant une *section oblique* à travers les racines de trois dents et le tissu environnant, nous n'hésitons pas à déclarer qu'une de ces racines fait voir des changements à l'apex radiculaire qui sont facilement visibles à l'œil nu, aussi bien que sous le miscroscope et qui distinguent cette racine des autres qui nous paraissent sans aucun doute normales, tandis que la racine en question est nettement anormale.

Professeur Dr MILLER.
Dr HOWARD MUMMERY.

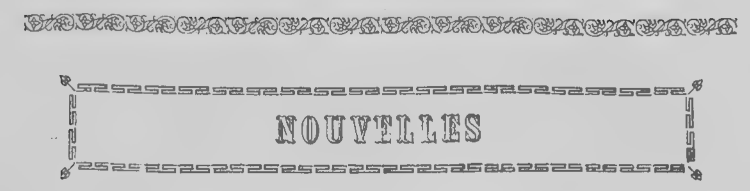
24 mars 1902.



N° 3
Même pièce que le n° 2, mais à un plus fort grossissement.



N° 4
Même pièce que le n° 2, mais à un très fort grossissement.



Distinction honorifique.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination de M. le Dr Aubeau, professeur honoraire à l'École dentaire de Paris, ancien rédacteur en chef de *L'Odontologie*, chirurgien à l'hôpital international, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Cette décoration lui a été remise le 14 juillet à la revue de Longchamp en qualité de médecin militaire de l'armée territoriale.

Nous lui adressons à cette occasion nos plus sincères félicitations et nos meilleurs souvenirs.

La Rédaction.

*
* *

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Paterson vient d'être élu Président du représentative Beard de la British Dental Association et que MM. Harding, Brunton et Cunningham sont délégués par la B.D.A. à la session de la F.D.I. à Stockholm.

PETITES ANNONCES

1 fois.................... **3** francs | 12 fois (6 mois)......... **25** francs
6 » (3 mois)............ **15** — | 24 » (1 an)........... **45** —

— *la case simple.* —

LALEMENT et COUTIF
5, rue de Laborde, près la Gare St-Lazare

Travaux artistiques de Prothèse Dentaire
TÉLÉPHONE 550.73

Ernest MOREAU, *6, rue Paul-Bert,* **PARIS** **Laboratoire de Prothèse dentaire**

Maison de confiance recommandée pour l'exactitude et les soins apportés dans la confection des appareils. —:— *Prix courant envoyé sur demande.*

Armand BARIL,
A. BELLEGARDE
r. Duffour-Dubergier, 4
Bordeaux
Prix-courant sur demande.

PROTHÈSE à FAÇON
EXACTITUDE
Précision irréprochable
SERVICE RAPIDE

ON TROUVE :

Le Pivot à rotule TOUVET-FANTON, **chez MM. CONTENAU & GODART fils, 7, rue du Bouloi, Paris.**

Alliage PLATINE INOXYDABLE, *le gramme. . . .* ***1** fr.* ***60***

Seul dépositaire : **COLIN LOGAN FILS,** 113, rue Réaumur, PARIS

Amalgame spécialement recommandé
MIZPAH
Cet amalgame ne contient ni cadmium ni produit délétère. Il n'a aucun retrait et ne noircit pas dans la bouche.
PRIX : **10** fr. l'once.
Seul déposit. Colin Logan Fils, 113, r. Réaumur, Paris. Ech. sur demande.

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES
Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : **Institut des Langues et des Sciences.**
Certificats d'Études exigés des candidats au grade de **Chirurgien-Dentiste**
48 Elèves reçus en 1900 et 1901
200 FR. PAR ANNEE SCOLAIRE, 2 HEURES PAR JOUR
Études complètes, Cours 1re partie, Baccalauréat : 450 fr. l'an.
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, **Paris**
Pensions avec chambres particulières, prix modérés.

22e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

VOILE ARTIFICIEL A CLAPET

Par LÉON DELAIR,

Chef de Clinique de prothèse restauratrice à l'École dentaire de Paris.

L'an dernier à Ajaccio, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'avais l'honneur de présenter l'appareil de prothèse vélo-palatine auquel j'ai donné le nom de voile à clapet. J'y exposais la théorie de cet appareil et le procédé qui me permet d'arriver sûrement, par étapes, à accoutumer à cet appareil un sujet quelconque, pourvu qu'il veuille mettre un peu de bonne volonté.

Théorie et procédé me valurent l'approbation de tous nos confrères présents ; l'idée était nouvelle, originale, les résultats étaient vraisemblables ; peut-être le problème, depuis longtemps cherché, était-il résolu, de la possibilité d'appliquer à des milliers d'infirmes un appareil facile à supporter et surtout à exécuter, donnant à la fois des résultats satisfaisants pour la déglutition et la phonation.

J'avais donc conçu le projet de présenter, dès la fin des vacances dernières, ici, à la Société d'Odontologie, un ou

plusieurs sujets munis de mon voile depuis des années, mais bientôt j'abandonnai cette résolution. C'est que j'avais surtout jusque-là rendu la parole plus intelligible à des personnes affligées de fissures congénitales plus ou moins étendues, et que jamais il ne m'avait été donné de m'occuper d'une fissure totale.

Je préférai donc, par un sentiment que vous comprendrez tous, attendre l'occasion de rencontrer ce cas idéal, c'est-à-dire réunissant à lui seul toutes les difficultés : bec-de-lièvre, fissure embrassant le bord alvéolaire, la voûte palatine, le voile du palais, en un mot la gueule de loup. Ce cas exceptionnel, je l'ai trouvé à la clinique de l'École dentaire parmi les membres de la classe laborieuse de Paris, qui au nombre de près de quarante mille y viennent gratuitement, chaque année, demander un soulagement à leurs maux, un adoucissement à leurs infirmités.

C'est ce sujet enfin trouvé et affligé d'une pitoyable infirmité de la parole que je vais faire parler devant vous tout à l'heure.

Mais auparavant, veuillez, je vous prie, m'accorder quelques instants d'attention pendant lesquels je vais m'efforcer de résumer le plus succinctement possible les travaux de nos devanciers dans cette branche spéciale de notre art, et vous faire ainsi saisir par quel ordre d'idées, par quelle suite d'observations et d'essais, je suis arrivé à imaginer la forme particulière de mon voile à clapet.

Le premier qui songea à remédier par un appareil aux malformations vélo-palatines fut A. Paré ; mais je ne vous en parle que pour mémoire, ainsi que de Fauchard et de Bourdet, pour arriver aux recherches faites et aux résultats obtenus au cours du siècle dernier.

Le français Gariot, en 1805, imagina d'appliquer une plaque d'argent repoussé, retenue sur la fissure par des ligatures sur les molaires ; une luette articulée terminait cet appareil rudimentaire.

En 1820 Delabarre fit également un appareil en argent retenu par des crochets de même métal ; à son appareil il

ajouta un prolongement mince en gomme imitant anatomiquement le voile et cherchant à lui rendre physiologiquement son rôle de cloison entre les deux cavités buccale et nasale.

L'anglais Snell, en 1823, fit le premier une distinction entre les affections acquises et les affections congénitales. Il adapta une plaque étendue en or, à la partie centrale postérieure de laquelle était fixée une lame d'ivoire; sur cette lame étaient cousues deux ailes en gomme élastique réunies par un ressort en or. Une luette mobile terminait l'appareil.

En 1841, Warren Rowell, de New-York, ayant à remédier à une perte étendue des maxillaires supérieurs et du voile du palais fit, le premier, un appareil antérieur creux en or mince et muni de dents ; à la partie postérieure de l'appareil était ajouté un voile taillé dans une lame mince de gomme.

A la même époque, 1841, Schange pensa obtenir de bons résultats en appliquant au-dessus de la fissure une profonde plaque d'or. En 1842, l'anglais Stearn, de Londres, obtint le premier de sérieux résultats aussi bien pour la phonation que pour la déglutition. Il est vrai qu'il imagina cet appareil pour lui-même; c'était une merveille d'ajustement et de mécanique, mais difficile à entretenir propre autant qu'à exécuter. Il se composait d'une plaque palatine ou base, à laquelle étaient ajoutées trois pièces horizontales, dont l'une fixe avec deux ailes suivant latéralement les mouvements qui leur étaient imprimés par les débris du voile. Il obtenait ainsi l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne et pouvait articuler.

L'Américain Hullihen, en 1845, partant de ce principe que la sortie par les narines de la colonne d'air expiré devait être la cause du nasonnement, eut l'idée d'appliquer en arrière des méats deux valves ovales en or, accouplées sur un ressort d'or monté sur une plaque palatine. L'air ne sortait plus en effet par les narines, mais les sons résonnant à la fois dans les cavités buccales et nasales, la prononciation n'était pas améliorée.

L'Anglais Sercombe, en 1857, imagina d'ajouter, par des ligatures à l'arrière d'une plaque palatine en or, deux lames superposées en caoutchouc durci; l'inférieure, étroite et épaisse, soutenait la supérieure, large et mince, et celle-ci, à la chaleur, se moulait sur les bords de la fissure.

En 1858, Buckingham, de Philadelphie, songea à supprimer le nasonnement en comblant absolument la cavité nasale par un appareil très volumineux et creux en caoutchouc surplombant une plaque base.

L'Américain Grath, en 1860, donna la préférence, à cause de la résonnance sans doute, à la plaque d'or très étendue.

Kingsley, de New-York, employa jusqu'en 1864 un appareil basé sur le même principe que celui de Stearn, qu'il avait simplifié ; mais, malgré cela, sa difficulté d'exécution était encore telle qu'il l'abandonna pour un plus simple formé de deux valves de caoutchouc mou superposées, s'appliquant à la fois sous et sur les bords de la fissure ; ces valves étaient articulées sur un appareil palatin (Appareil décrit dans Harris sans le nom de Kinsgley). Il obtint de très bons résultats avec ce procédé, auquel il fit seulement le reproche d'exiger autant de moules de métal, pour la confection des doubles valves, qu'il se présentait de formes de bouches. Cependant, dit-il, avec une centaine de moules on peut retrouver certains cas semblables et utiliser les moules anciens.

Parkinson, de Londres, en 1867, ayant observé les mouvements physiologiques du voile normal, eut l'idée d'adapter un voile artificiel en caoutchouc durci imitant anatomiquement l'organe naturel et de le réunir, par une charnière, à une plaque palatine en or ; un ressort d'or en spirale permettait à la pièce de suivre les mouvements des débris du voile, mais son appareil, qui ne s'étendait pas au delà du niveau des amygdales, ne lui donna guère de résultats.

A la même époque en France, Préterre fit une quantité de voiles de forme anatomique et d'autres formes, de tous procédés, simples, articulés, volumineux, creux, fixés sur des

appareils de caoutchouc durci ou de métal, les uns s'appliquant seulement contre les débris du voile, les autres allant au delà et au-dessus obturer la cavité naso-pharyngienne.

Suersen, de Hambourg, modifiant quelque peu l'appareil de Buckingham, appliqua en 1867 le principe de ce dernier en le faisant moins proéminent, mais touchant presque le pharynx.

Son appareil n'était pas articulé, il était en caoutchouc durci et son bord postérieur était oblique et large de 7 millimètres, afin de lui permettre un contact plus intime avec le constricteur supérieur du pharynx.

Enfin, de 1872 à 1889, MM. Delalain, Harris, Pillette, Goldenstein, Gaillard, Michaëls, Rollin, Hartmann, Gillard, Martinier, Lemerle, Godon, Ronnet et nombre d'autres employèrent tour à tour les divers procédés décrits ci-dessus.

En 1889, Brugger, de Kreuzlingen, présente un appareil très volumineux en caoutchouc mou rempli de liège dont la masse s'oppose à la pénétration de la colonne d'air dans la cavité de résonnance nasale. Il obtient ainsi des résultats phonétiques très appréciables.

Heïdé, à la même époque, préconise les appareils en caoutchouc durci, dont le contact, affirme-t-il, est bien toléré par les tissus, alors qu'au contraire de Marion conseille l'emploi d'une collection de voiles simples en caoutchouc mou, qu'il façonne de forme anatomique et de dimensions différentes, pouvant, comme ceux de Sercombe, se fixer facilement à la suite d'une plaque base.

Guerini, de Naples, combina à son tour un très ingénieux appareil composé de bandelettes d'or réunies par une série de charnières actionnées par un ressort suivant les mouvements des muscles. Cet appareil est terminé par une lame de caoutchouc mou.

Enfin, au Congrès dentaire de 1889, à Paris, Cl. Martin présenta son appareil à poches d'eau comblant une grande partie de la cavité naso-pharyngienne. Cet appareil consiste en deux pièces creuses en caoutchouc souple superposées et

communiquant entre elles par une longue ouverture ovale; comme il comble le plus possible la cavité de résonnance nasale, il peut supprimer le nasonnement. Sa difficulté d'exécution le fit abandonner depuis par son auteur pour un plus simple, dit à volets, formé comme ceux de Stearn et de Kingsley de trois pièces glissant les unes sur les autres.

J'ai fini cette nomenclature un peu aride et si j'ai oublié quelque nom, croyez bien que ce n'est pas avec intention.

J'ai exécuté et essayé les principaux de ces appareils sur différents sujets et, après de longues expériences, qu'il serait fastidieux et trop long de vous citer, je suis arrivé à ces conclusions :

1° L'appareil palatin ou base doit être autant qu'il est possible en métal à cause de sa résonnance supérieure à celle du caoutchouc durci. Snell, Schange, Grath, Sercombe, Parkinson avaient reconnu ce principe;

2° Pour l'application d'un voile il doit être fait une distinction absolue entre les fissures congénitales et les fissures spécifiques. Pour ces dernières l'appareil dit simple suffit, car dès l'application d'une mince feuille de caoutchouc fixée à une plaque-base, la prononciation est améliorée, les organes de la parole reprenant leurs fonctions normales;

3° Le voile, quelle que soit sa forme, doit être mou. Stearn, Kingsley, Préterre, Pillette, Michaëls, Harris, Goldenstein, Gillard, de Marion, Martinier, Rollin, Guerini, Cl. Martin, etc... en ont reconnu l'impérieuse nécessité et doivent surtout les succès qu'ils ont obtenus à l'application de voiles souples ;

4° Le voile doit être articulé, c'est-à-dire qu'il doit être indépendant de la plaque palatine faisant obturateur ou non, de façon à suivre, dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement, tous les mouvements des muscles des débris du voile naturel et des piliers. Ainsi l'ont compris Snell, Parkinson, Kingsley, Préterre, Harris, Pillette, Guerini ;

5° Le voile artificiel doit dépasser la limite des piliers

antérieurs et obturer de façon plus ou moins volumineuse, plus ou moins originale la cavité naso-pharyngienne, afin de diminuer cette cavité de résonnance nasale et de faciliter, par son prolongement postérieur, le contact absolu de l'appareil avec le muscle constricteur supérieur du pharynx pendant la déglutition et au cours de l'émission des sons simples et des sons articulés.

C'est ainsi que j'ai interprété la pensée de Buckingham, Kingsley, Préterre, Brugger, Heïdé et de Cl. Martin.

Réunir à la fois dans le même appareil les qualités particulières à chacun de ceux que je viens de décrire a donc été mon but, et, guidé surtout par l'observation, la simplification a été l'objet de mes recherches.

Mon voile est donc mou, articulé, et son clapet est volumineux ; le moyen de suspension original n'a pour tout ressort qu'une petite rondelle de caoutchouc élastique, qui lui permet les mouvements les plus délicats. Il est mince dans toute son étendue et léger. Sa partie postérieure oblique est compressible par le pharynx et les piliers postérieurs, ce qui permet l'occlusion absolue pendant la phonation et la déglutition. Au repos ou pendant l'émission des sons nasals il laisse librement circuler l'air. Enfin, ce qu'il présente de tout particulier, c'est que j'ai abandonné, pour la partie s'étendant jusqu'aux piliers, la forme jusqu'ici adoptée, c'est-à-dire la forme anatomique. Ses bords, au lieu d'imiter la courbe naturelle et plutôt concave, sont légèrement relevés, de sorte que, quelle que soit la position prise par les débris de l'organe naturel, les bords minces du voile artificiel se trouvent toujours en contact absolu avec la muqueuse.

Physiologiquement le voile du palais a pour fonction de fermer le résonnateur nasal pendant la phonation ; il se redresse et s'applique sur un bourrelet formé, au cours de cet acte, sur la paroi postérieure du pharynx par le constricteur supérieur du pharynx, sauf pour les sons nasals.

La phonétique française exigeant l'occlusion intégrale de

la cavité nasale pour une émission pure, c'est donc pendant les cinq sixièmes du temps que mon clapet en opère la fermeture en se repliant plus ou moins sur lui-même.

Je vous rappellerai maintenant que je n'adapte pas d'emblée ce clapet. Ce n'est que par l'application successive de trois diminutifs de l'appareil final que je prépare par un massage continu les muscles du sujet à un contact étranger; j'arrive ainsi plus sûrement à une accoutumance complète et, à force de travail et de patience de part et d'autre, notre œuvre est bientôt terminée.

Trois mois après, si vous voulez bien admettre cette supposition, notre sujet se représente à nous.

Il s'est scrupuleusement appliqué à parler, à lire, surtout comme nous le lui avons prescrit, de même qu'après la pose d'un dentier, et nous observons que le timbre de sa voix s'est beaucoup modifié en effet ; mais, à notre profond étonnement, nous constatons également que sa parole est aussi défectueuse qu'auparavant.

Après réflexion nous nous apercevons qu'une partie seulement de notre entreprise est accomplie et qu'il nous reste à la parfaire. En un mot il ne suffit pas de dire à notre sujet : « Exercez-vous à présent à bien parler » ; c'est à nous à lui enseigner à le faire.

Il est, à la vérité, pour les bègues, les muets et autres des professeurs d'orthophonie ; mais aucun ne s'occupe d'une manière spéciale uniquement de ceux qui nous intéressent ici. Cependant leur éducation phonétique est relativement facile, je puis vous l'affirmer, car j'en ai fait maintes fois l'expérience.

Nous avons pu améliorer au point de vue physiologique l'organe défectueux qu'ils ont, nous suffirons donc nous-même à la tâche de compléter notre œuvre en les faisant s'exercer devant nous, d'après nos conseils et notre exemple, à assouplir leurs organes accessoires de la parole et à surmonter, d'une façon mécanique, méthodique, scientifique les difficultés d'articulation qui font trop souvent, dans leur monde, des parias de ces malheureux qui, enfants,

sont les souffre-douleurs des jeunes, adultes, la risée des autres. Ils souffrent en effet en silence, souvent même ils pleurent leur triste destinée.

Chaque année les Conseils de revision en exemptent en moyenne un cent (sans compter l'Algérie et les Colonies). Il y en a 12,000 en France d'un à soixante ans. Il doit donc y en avoir environ huit cents à Paris.

Chiffres officiels d'exemptions du Ministère de la Guerre: 1896, 71 cas; 1897, 90 cas; 1898, 96 cas; 1899, 112 cas; 1900, 122 cas. Moyenne pour 5 années: 98.2.

Abandonnera-t-on toujours ces affligés sans même chercher à améliorer leur sort ? Jamais personne ne s'occupera-t-il tout particulièrement d'eux ?

Si ! Les jeunes chirurgiens-dentistes qui sortent de nos écoles dentaires instruits, habiles, humains pour entrer dans la grande famille médicale, voudront se montrer dignes de cet honneur et grandir encore la considération acquise aujourd'hui par le dentiste.

Si le médecin jouit auprès de toutes les classes sociales d'une vénération méritée et sans limites, c'est que non seulement il apporte au malade sa science et le soulagement de ses maux, mais encore des paroles de consolation et d'espoir.

De même le jeune dentiste, ayant devant lui l'avenir, s'élèvera davantage dans l'estime de tous, en s'intéressant à ces déshérités de la nature, par philanthropie, la première des vertus sociales; il s'y appliquera de toute son habileté, de toute son intelligence, nous en sommes certain ! Peut-être rencontrera-t-il des difficultés pratiques... Il les vaincra ! Peut-être encore n'y réussira-t-il pas toujours dès la première fois... Il se remettra obstinément à la tâche, sans défaillance, sans découragement, certain d'atteindre son but en se rappelant ces mots d'un poète latin :

Nemo repente fit summus !
Nul du premier coup n'arrive à la perfection.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

L'AIR CHAUD EN RHINOLOGIE

Par le Dr Georges Mahu,

Assistant suppléant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 1er juillet 1902).

La stomatologie et l'oto-rhino-laryngologie ont de nombreux points communs, et les frontières qui séparent les terrains d'évolution de ces deux spécialités sont parfois si peu saillantes que le dentiste et le rhinologiste ont souvent l'occasion de se donner la main par-dessus, sans les franchir.

Nous connaissons tous les déformations des maxillaires supérieurs et par suite les malformations dentaires dues à la présence de végétations adénoïdes dans le cavum des enfants. Nous n'ignorons pas non plus que nombre de sinusites maxillaires d'origine dentaire ne révèlent leur existence que par des symptômes constatés par le rhinologiste : cacosmie subjective, écoulement purulent nasal unilatéral, etc...

Vous citerai-je aussi les gingivites et les stomatites devenues pharyngites et laryngites et les accidents pharyngolaryngiens dus à l'apparition de la dent de sagesse ?...

Il ne me paraît donc pas inutile — ni par trop indiscret — que, de temps en temps, dentistes et rhinologistes jettent un coup d'œil les uns chez les autres, comme deux peuples amis qui ont tout intérêt à s'entendre.

C'est pour cela que je me permets aujourd'hui de porter à votre connaissance un procédé thérapeutique simple présenté par M. Lermoyez et moi au Congrès international de médecine de 1900 et employé sans interruption depuis lors dans notre clientèle privée, ainsi que dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agit du traitement de certaines affections de la muqueuse nasale et en particulier des rhinites vaso-motrices et des troubles respiratoires, olfactifs et auditifs qui s'y rattachent, au moyen de douches nasales d'*air surchauffé.*

*
* *

La thérapeutique utilise couramment la chaleur sous des formes multiples et variées : bains chauds, inhalations, injections de vapeur, thermo-caustie. L'air chaud en particulier a été employé soit sur toute la surface du corps — sudation — soit localement — inhalations, insufflations ou applications sur un point donné.

C'est ainsi qu'on s'est servi contre les affections cutanées en gynécologie et en ophthalmologie [1] d'applications directes d'air surchauffé sur les parties malades. En rhinologie on a traité l'ozène, à l'aide de la circulation dans les fosses nasales d'air chaud chargé ou non de vapeurs médicamenteuses [2].

Plusieurs appareils ont été imaginés en vue de produire et de débiter de l'air chaud.

Un des plus simples est celui qu'a fait construire Hollænder (de Berlin [3]), et dont il s'est servi pour le traitement du lupus tuberculeux par cautérisation, dans le but de provoquer une eschare en commençant par le simple échauffement de la zone malade. M. Dagail en décrit un autre dans sa thèse en 1897 ; M. Jayle [4], en 1898, a fait construire un appareil mobile débitant de l'air chaud, sorte de thermocautère à courant d'air enveloppant, destiné surtout à la gynécologie. M. Balzer [5] a utilisé un appareil à peu près semblable pour le traitement du chancre mou. Enfin différents autres instruments sont employés par vous-mêmes,

---

1. Bourgeois (de Reims), « *Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée* ». *Annales d'oculistique*, juillet, 1899, pages 55 à 61.

2. Gautier et Larat, In Thèse de Dagail. — « *Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud.* » Paris 1897.

3. Hollænder (de Berlin), « *Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud* ». — *Presse médicale* 1897, 30 octobre, nº 90.

4. Jayle, l' « *Aerothermothérapie* ». *Presse médicale*, 1898, 10 septembre, nº 73.

5. « Balzer *Application de la méthode de Hollænder. Traitement par les courants d'air chaud* ». Société de dermatologie et de syphiligraphie (Séance du 29 avril 1900). *Presse médicale*, 1900, 28 avril, nº 34.

messieurs, pour le traitement ou le séchage des dents : c'est d'abord la traditionnelle poire en caoutchouc, que nous connaissons tous ; puis c'est le galvano-cautère réchauffant un courant d'air qui passe dans un tube enveloppant et sort par l'extrémité effilée de celui-ci.

Tous ces appareils peuvent fournir de l'air chaud à des températures plus ou moins élevées, d'une manière simple et peu coûteuse : mais, pour l'application à la thérapeutique spéciale qui nous intéresse et aussi dans plusieurs autres cas, aucun d'entre eux n'est, tel qu'il est, capable de conduire cet air maintenu suffisamment chaud et à une température donnée à peu près constante, à travers des voies étroites, resserrées et sans intéresser les parties voisines, sur un cornet inférieur ou moyen, sur une queue de cornet, sur un pavillon tubaire et même jusque dans l'orifice de la trompe d'Eustache.

C'est pourquoi nous nous sommes appliqué, utilisant ce qui pourrait nous servir dans les procédés existants, à l'étude d'un appareil susceptible de permettre un débit et un emploi raisonnés de l'air chaud à haute température dans les conditions requises par la thérapeutique spéciale à laquelle il est destiné.

*
* *

Nous nous proposons, comme nous l'avons dit au début, d'agir, au moyen de la chaleur, profondément et d'une manière durable, sur les muqueuses des premières voies respiratoires.

Or nous savons que les muqueuses supportent d'autant mieux la chaleur que cette chaleur est plus sèche. C'est donc de l'*air chaud et sec* qu'il nous faut employer et le problème dès lors se divise en deux parties :

1° Produire de l'air chaud et sec ;

2° Conduire cet air à destination.

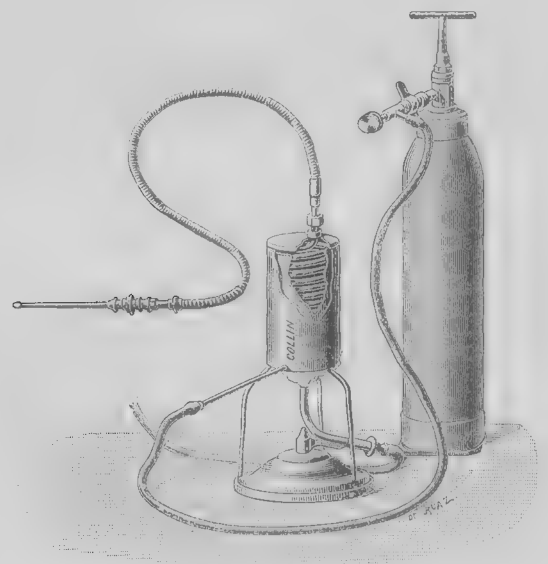
Nous sommes arrivé à ce résultat au moyen de l'appareil que nous allons décrire et qui se compose de trois parties :

1° Le générateur d'air chaud ;

2° Le réservoir d'air ;

3° Le tube conducteur et les canules.

Description de l'appareil. — I. — Le générateur d'air chaud est formé d'un serpentin de cuivre rouge sans soudure en tube de 8 millimètres dont les spires se touchent et constituent un cylindre de 4 centimètres de diamètre extérieur et de 10 centimètres de hauteur. Ce cylindre est entouré de deux enveloppes métalliques également cylindriques séparées du serpentin et espacées entre elles par un intervalle de 15 millimètres. L'enveloppe intérieure est un simple tube ouvert à ses deux extrémités ; l'autre est un chapeau recouvrant le tout et dont le faîte est éloigné d'un centimètre de la circonférence supérieure du premier cylindre, afin de permettre le retour de la flamme entre les feuillets de la double enveloppe.



La chaleur est fournie par un bec Bunsen placé sous le serpentin, et, tout le système, supporté par trois pieds, est posé sur une base large et lourde qui en assure la stabilité.

A l'extrémité inférieure du serpentin, point d'arrivée de l'air froid, est vissé un tube métallique assez long — 25 centimètres environ — pour éviter de brûler le tube en caoutchouc fixé d'autre part au récipient d'air.

II. — Comme source d'air, nous employons l'air comprimé de la compagnie Popp ; mais comme il n'est pas possible à tous les médecins d'avoir cette installation, on peut s'adresser au Dr Dutremblay, de Boulogne-sur-Seine, qui livre à domicile des tubes de différentes capacités d'air comprimé à 120 atmosphères : ces tubes sont analogues aux tubes d'oxygène fournis aux pharmaciens et dans les hôpitaux de Paris.

La sortie de l'air des tubes est réglée : 1° par une clé ouvrant une valve pour la sortie en grand de l'air à l'extérieur ; 2° par une vis micrométrique à pointeau, qui permet de régler l'admission dans l'appareil aussi doucement qu'on veut.

III. — A la partie supérieure du thermogène, émerge l'extrémité du serpentin sur laquelle on fixe, au moyen d'un raccord à vis, le *tube conducteur d'air chaud* de 1 centimètre de diamètre extérieur et de 70 centimètres de longueur. Le tube, vertébré, est garni à l'intérieur de tissu d'amiante, recouvert d'anneaux spiroïdes en métal, s'emboîtant les uns dans les autres ; ce tube est assez souple pour permettre de diriger la canule dans tous les sens ; il est assez mauvais conducteur de la chaleur et peut résister aux plus hautes températures.

L'extrémité libre est terminée par un raccord sur lequel se visse une pièce interposée entre le tube et la canule et utile au bon fonctionnement de l'appareil : *le régulateur de température et de pression.*

Cette pièce se compose d'un tube métallique de 3 centimètres de longueur, percé latéralement d'un petit orifice à sa partie moyenne, et muni de deux pas de vis, l'un extérieur, l'autre intérieur ; sur ce dernier peuvent être vissées les canules ; sur le pas de vis extérieur se meut un écrou en forme de cône, dont la pointe est dirigée vers le patient, et qui, sui-

vant sa position, obture en tout ou en partie l'orifice latéral du tube, laissant ainsi s'échapper à volonté du côté de l'opérateur, une plus ou moins grande quantité d'air chaud avant que celui-ci ait pénétré dans la canule.

Les *canules* peuvent être de différentes grosseurs et de différentes formes suivant l'usage auquel on les destine; dès qu'elles atteignent un diamètre suffisant, elles sont constituées par deux tubes cylindriques en maillechort emboîtés l'un dans l'autre et séparés par un carton d'amiante.

Afin d'éviter le contact avec la main du tube conducteur, qui est toujours brûlant pendant le fonctionnement de l'appareil, un manchon en caoutchouc ou en amiante permet de tenir en main son extrémité voisine de la canule pour diriger celle-ci comme il convient.

*
* *

Manuel opératoire.

L'air chaud employé doit être pur et sec : sa température varie, en général, entre 70° et 90°.

Pour obtenir, dans ces conditions, un débit régulier d'air chaud à l'extrémité de la canule, il est d'abord nécessaire d'échauffer tout le système. Pour cela, l'appareil étant monté comme il a été dit plus haut *sans la canule,* et le bec Bunsen étant allumé, on dévisse d'environ un demi-tour la grosse vis d'admission de l'air, puis on tourne de droite à gauche, graduellement et avec précaution, la tête de la vis micrométrique, de manière à régler le débit : celui-ci devra être supérieur au débit moyen pendant l'opération, afin d'arriver plus vite à échauffer le tube.

Ce résultat est en général obtenu au bout d'une ou deux minutes au plus, et le dos de la main, placé à moins de 1 centimètre de l'orifice du tube, perçoit une chaleur que la peau ne peut longtemps supporter.

A ce moment, visser la canule, diminuer légèrement la

pression et attendre de nouveau quelques instants, que la canule soit suffisamment échauffée. Commencer alors l'insufflation dès qu'on a obtenu, par tâtonnements, un débit d'air chaud à la température voulue.

On s'habitue assez vite à se rendre compte à la main de la température de l'air à sa sortie de la canule.

Il importe cependant de pouvoir évaluer exactement, en certaines circonstances, la *température de l'air insufflé*. Voici la méthode très simple que nous employons : un petit tube en caoutchouc de 3 centimètres environ de longueur et de la grosseur de la canule est fixé, d'un côté, à l'extrémité libre de celle-ci, qu'il enserre et, de l'autre, entoure, sans le serrer, le mercure d'un thermomètre très sensible à petit réservoir. On voit le mercure monter rapidement jusqu'à une certaine hauteur et rester bientôt à un niveau à peu près fixe, qui indique avec une approximation suffisante, la température de l'air à sa sortie.

Nous avons vu que, dans certaines limites, cette température était proportionnelle à la pression initiale ; mais elle n'augmentera pas indéfiniment et, d'ailleurs, au point de vue pratique, nous n'avons pas besoin qu'il en soit ainsi : il nous suffit de pouvoir obtenir à volonté des températures comprises entre les chiffres indiqués plus haut. L'expérience prouve qu'il est possible d'arriver à ce résultat et d'avoir, pendant un temps suffisant pour une insufflation, un débit d'air chaud à la température cherchée, tout en faisant passer l'air aussi doucement que l'on veut.

Cela s'explique facilement, une fois que le tube et la canule ont été préalablement échauffés, il faut un certain temps pour qu'ils se refroidissent, même si l'on venait à supprimer le courant d'air chaud. Si, profitant de ce moment, on fait passer un faible courant d'air — qui sera d'autant plus chaud que le courant sera plus faible, — cet air n'aura plus à réchauffer l'intérieur déjà chaud du tube conducteur et sortira à une température suffisamment élevée à l'extrémité de la canule pendant le temps très court que dure une insufflation.

Il résulte de cette remarque deux avantages : économie de l'air comprimé, possibilité d'insuffler de l'air chaud très doucement, ce qui est utile dans certains cas.

Le régulateur de température et de pression trouve son emploi dans les deux circonstances suivantes :

1° Les médecins n'ont pas toujours de l'air comprimé à leur disposition et ils peuvent être contraints d'employer une soufflerie quelconque fournissant un débit insuffisant pour donner à l'extrémité d'une canule fine en peu de temps de l'air à une température assez élevée. Si, faisant tourner l'écrou conique du régulateur, on ouvre plus ou moins l'orifice latéral du tube, on voit la température de l'air s'élever sans qu'on ait changé la pression. Cela tient à ce que, auparavant, l'air chaud ne pouvant s'échapper en assez grande quantité par l'orifice étroit de la canule, son renouvellement devenait insuffisant pour maintenir le tube conducteur à une température élevée, celui-ci se refroidissant constamment pour les raisons énumérées plus haut. Le fait de laisser échapper une partie de l'air avant son passage dans la canule, correspond à une augmentation de la quantité d'air chaud qui traverse le tube dans un temps donné, ce qui entraîne une élevation de température de l'extrémité du tube et par suite une élévation de température de l'air qui, après avoir traversé celui-ci, va pénétrer dans la canule et la réchauffer à son tour ;

2° Quand on fait usage de l'air comprimé, il peut y avoir parfois inconvénient à lancer un jet d'air chaud trop rapide sur certaines muqueuses : l'emploi du régulateur est encore indiqué ici pour diminuer la pression de l'air à la sortie, tout en permettant de régler par tâtonnements la température.

Notre procédé ne consiste pas, nous le répétons, à établir dans les cavités à influencer une *circulation* d'air chaud. Le but que nous nous proposons est de faire des *applications d'air chaud en un point donné*. Pour cela le médecin, s'aidant de la lumière réfléchie, place l'extrémité de la canule à 3 ou 4 millimètres de la surface de la muqueuse en évitant le plus possible les chocs et en évitant aussi de

maintenir trop longtemps le jet d'air chaud sur un même point, afin d'empêcher la production d'eschares.

Les applications, d'une durée de 2, 3 ou 4 minutes, sont ordinairement faites tous les deux jours.

La température de l'air, la durée des séances et l'intervalle entre chacune d'elles augmentent en général parallèlement.

*
* *

Nos recherches bibliographiques ne nous ont fait découvrir que fort peu de renseignements touchant les actions physiologiques de l'air chaud sur les tissus animaux en général et sur les muqueuses en particulier.

Hollænder, dans l'article que nous avons précédemment cité sur le traitement du lupus vulgaire, s'exprime ainsi :

« Autant qu'il m'est permis d'en juger, en m'appuyant sur mes expériences personnelles, l'air chaud me paraît devoir ses propriétés curatrices à son pouvoir antiseptique et hémostatique, ce qui fait prévoir qu'il pourrait rendre aussi des services en gynécologie pour combattre les métrorrhagies et les infections des organes génitaux de la femme. »

Jayle, dans un article également cité plus haut, dit que, chez le lapin, il a pu réséquer un morceau de foie aux ciseaux et arrêter toute hémorragie par une cautérisation rapide de la surface de section à l'air chaud. Il en conclut que ce procédé pourrait être employé contre les suintements causés par la section des petits vaisseaux.

Pour notre part, nous n'avons pas cru devoir faire d'expérience sur les animaux, car, étant donné l'emploi spécial que nous nous proposions de faire de l'air chaud comme modificateur sur des muqueuses ne présentant pas de solution de continuité, nous avons préféré étudier les effets de cet agent physique simple et inoffensif sur un grand nombre de malades pris au hasard de la clinique. Nous avons tenu tout d'abord à expérimenter cette action sur une muqueuse saine, point sur lequel les auteurs classiques sont restés muets jusqu'à présent. Ayant fait l'expérience sur chacun

de nous à tour de rôle, nous avons pu nous rendre compte de la constance de certains phénomènes se reproduisant régulièrement dans les mêmes conditions. Voici les résultats que nous avons consignés :

Si l'on fait une application d'air chaud pur et sec à une température comprise entre 70 et 90°, sur la muqueuse du cornet inférieur par exemple, l'orifice de la canule se trouvant à 3 millimètres environ de distance de la surface de cette muqueuse, on constate tout d'abord que le patient n'accuse, en général, aucune douleur.

Au bout de quelques instants on voit la muqueuse devenir sèche, rougir et se tendre ; elle apparaît alors lisse et brillante. Si l'on augmente la température et que l'on continue plus longtemps l'application, le patient accuse une sensation de sécheresse d'intensité variable, qui fait bientôt place à un écoulement aqueux plus ou moins abondant.

Ces deux effets successifs — contraction de la muqueuse et flux aqueux — semblent être une manifestation de défense de la muqueuse contre l'attaque de la chaleur, dont l'effet est neutralisé en grande partie par l'abaissement de la température résultant de l'évaporation du liquide sécrété. Ces effets sont en tous cas constants et nous les retrouvons dans les cas de muqueuses altérées à des degrés différents et se suivant à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le flux aqueux a une durée variable, de quelques minutes à plusieurs heures ; dès qu'il a disparu, la respiration nasale se fait plus largement, la muqueuse revient peu à peu à l'état normal, puis tout rentre dans l'ordre.

Dans la thérapeutique, c'est en général à ce moment que nous arrêtons l'insufflation. Mais si nous poussons plus loin l'expérience, la muqueuse se dessèche de plus en plus et finit par rougir et se congestionner, les glandes ne sécrétant plus de liquide pour la défendre contre les attaques de la chaleur. A ce moment précis, la muqueuse desséchée *a pour ainsi dire soif,* si je puis ainsi m'exprimer et, elle se trouve particulièrement apte à absorber rapidement et en abondance des liquides médicamenteux ou autres.

Sans idée préconçue d'agir plus spécialement sur telle ou telle affection nasale ou naso-pharyngienne, nous avons appliqué, au début, notre procédé d'une façon à peu près empirique. La plupart des malades atteints de ces affections et qu'il nous était possible d'examiner régulièrement à l'hôpital Saint-Antoine, furent soumis aux applications d'air chaud d'après les indications données ci-dessus, à l'exception toutefois des nez chirurgicaux (crêtes de la cloison, déviations, sinusites de toutes natures, etc.) et de ceux atteints de certaines affections telles que ozène, lupus, que nous avons systématiquement éliminés.

Nous nous sommes tout d'abord moins préoccupé de la nature de la maladie que des symptômes pour lesquels le malade venait consulter, mettant nos soins à expérimenter les effets directs de notre thérapeutique sur ces symptômes plutôt que d'appliquer un traitement raisonné à chacune des maladies.

Ainsi qu'en témoignent les nombreuses observations publiées, nous avons obtenu depuis trois ans des résultats satisfaisants contre les troubles suivants :

1° *Obstruction nasale* résultant soit de congestion ou de tuméfaction, soit d'hypertrophie ou de dégénérescence polypoïde de la muqueuse ;

2° *Troubles sécrétoires* d'origine vaso-motrice (hydrorrhée nasale) ;

3° Eternûment, asthme, et autres *phénomènes réflexes* accompagnant ou non les troubles précédents ;

4° Otalgie, bourdonnements d'oreille, surdité passagère, vertiges, nausées, vomissements, dus à un catarrhe tubaire secondaire, au catarrhe des muqueuses pituitaires buccales et naso-pharyngiennes ;

5° Rhume des foins ;

6° Coryza aigu.

*
* *

D'après l'exposé qui précède, je me suis demandé — et c'est là l'excuse vis-à-vis de vous de ma digression — si,

étant donné les effets physiologiques et les propriétés thérapeutiques de l'air chaud sur les muqueuses et en particulier ses propriétés desséchantes et profondément modificatrices, — je me suis demandé, — dis-je, s'il ne serait pas possible d'utiliser dans l'art dentaire le procédé que je viens de vous décrire.

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DES CAPSULES SURRÉNALES

EN PARTICULIER DANS LA CHIRURGIE DENTAIRE

Par le Dr Sauvez,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris; séance du 10 juin 1902.)

On connaît l'importance du rôle de l'hémostase dans la pratique des diverses branches de notre chirurgie spéciale, et l'on sait aussi que cette hémostase ne se réalise pas toujours sans quelque difficulté. Le plus souvent, presque toujours, on a affaire à une hémorragie en nappe fournie par des réseaux capillaires qui forment un lacis vasculaire abondant, peu favorable à l'obturation nécessaire pour l'arrêt de l'hémorragie. Il en est ainsi dans la pratique de la chirurgie dentaire lorsque des extractions entraînent chez des hémophiliques ou des prédisposés des hémorragies interminables ; c'est encore la pulpe qui saigne d'une façon ininterrompue à la suite de l'extraction du nerf ; enfin il n'est personne d'entre nous qui n'ait été gêné par les saignements des gencives lorsqu'il a eu à pratiquer, par exemple, des aurifications sur le collet des dents.

Un moyen hémostatique, certain dans son efficacité, est donc assuré d'un bon accueil dans notre profession ; ce moyen, nous croyons le posséder dans l'extrait aqueux de capsules surrénales employé localement et même à l'intérieur.

L'expérimentation a fait reconnaître dans cet extrait un agent vaso-constricteur de premier ordre, au point que les communications faites dans ces derniers temps sur l'emploi

hémostatique des capsules surrénales sont extrêmement nombreuses et que cet emploi ne tardera pas à se généraliser.

L'agent hémostatique dans la circonstance est emprunté à la médication organique ou opothérapie et se trouve fourni par les capsules surrénales. Ces organes glandulaires, jusqu'aux travaux de Brown-Sequard, n'étaient connus que par la relation de leurs lésions avec la maladie bronzée ou maladie d'Addison. Sans nous attarder à énumérer les fonctions des capsules surrénales, nous rappellerons seulement qu'elles constituent des organes essentiels à la vie, qu'elles empêchent l'accumulation dans le sang de principes toxiques d'une nature particulière, qui sont détruits ou transformés par ces glandes. Les capsules surrénales seraient surtout chargées de détruire les produits toxiques de la désassimilation du système nerveux, comme la neurine qu'on trouve dans l'urine des addisoniens, de détruire aussi les produits de la désintégration musculaire, les pigments altérés du sang et en général tous les produits de la désassimilation.

Mais cette fonction antitoxique des capsules surrénales, quoique fort intéressante, n'est pas celle qui nous occupera le plus. Ces organes à sécrétion interne versent dans la circulation des produits qui possèdent une action curieuse, très énergique sur la tension artérielle, par l'intermédiaire du cœur et des artères ; la substance des capsules surrénales constitue en effet un des vaso-constricteurs les plus puissants que l'on connaisse. Cette action sur le réseau vasculaire a été constatée de différents côtés, par Schymonowitz et Cybulski en Autriche, par Ollivier et Schaeffer en Angleterre. Ces auteurs ont constaté que l'extrait de capsules surrénales fait subir à la pression sanguine une élévation très marquée en agissant sur les vaisseaux périphériques qui se contractent. En même temps l'augmentation de pression vasculaire est suivie du ralentissement du pouls. On croyait d'abord que l'extrait surrénal agissait sur la circulation périphérique par l'intermédiaire du centre vaso-moteur ; mais il n'en est rien, et Gottlieb a montré que l'extrait agit directement sur le cœur et les vaisseaux périphériques. Les agents

qui paralysent les centres vaso-moteurs, comme le chloral, n'empêchent pas, en effet, l'extrait glandulaire d'agir très énergiquement sur la pression sanguine. Les expériences de Gottlieb montrent que l'extrait exerce son action sur les ganglions intra-cardiaques, et il est à présumer que l'action vaso-constrictrice sur les petits vaisseaux s'opère par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques de la paroi vasculaire et des vaso-moteurs.

C'est cette action vaso-constrictrice locale qu'on a utilisée avec beaucoup de succès depuis un certain temps en ophtalmologie, en oto-rhinologie, et dans toutes les circonstances en général où l'on a besoin d'une constriction vasculaire énergique sur une petite région, et c'est ainsi que Carpenter a utilisé avec succès l'extrait surrénal comme styptique, à la suite de l'extraction des dents.

Les observations cliniques les plus complètes sur l'action constrictrice de l'extrait surrénal ont été faites en ophtalmologie, parce que, opérant à découvert, il était facile de suivre toutes les phases de l'action du médicament. Bien que nous sortions un peu de notre spécialité, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de faire une incursion dans les observations faites par les ophtalmologistes pour nous rendre compte de l'action styptique de l'extrait surrénal.

L'application de la propriété vaso-constrictrice de l'extrait surrénal a été faite ici à titre de moyen de diagnostic et d'agent de thérapeutique oculaire. Les premiers essais furent faits en Amérique par Bates en 1896 et un peu plus tard en France par Dor et par Darier. Une goutte d'extrait aqueux à 1 0/0 d'eau distillée appliquée sur la conjonctive normale du globe oculaire et de la paupière provoque en deux ou trois minutes une anémie intense de toute la surface de la conjonctive. A la suite de la contraction énergique des vaisseaux conjonctivaux, la sclérotique paraît d'un blanc éclatant qui rappelle le blanc de la porcelaine. L'ischémie persiste plus ou moins longtemps suivant la dose employée et est constante ; l'application du produit n'amène aucune irritation, mais simplement une sensation de froid, accom-

pagnée quelquefois d'une légère contraction pupillaire.

L'action anémiante de l'extrait surrénal n'est pas moins intense dans les congestions de la conjonctive, à cette différence près que l'action persiste moins longtemps et qu'il faut renouveler plus souvent l'application du collyre. Les yeux injectés de la conjonctive et de la périkératite reprennent pour quelque temps leur aspect normal avec une très grande rapidité. Cette action vaso-constrictrice en oculistique n'existe que pour l'extrait surrénal et n'a pas son analogue dans d'autres substances. Aussi a-t-on pu pratiquer par son intermédiaire des opérations qui auraient été sans cela très difficiles. Grâce à cette propriété anémiante locale, la surrénaline est utilisée comme hémostatique énergique. C'est ainsi que dans certaines opérations qui, comme celles du chalazion, s'accompagnent d'un suintement sanguin abondant, l'extrait surrénal rend les plus grands services. On l'a également utilisé dans un but diagnostique pour définir les plans des divers réseaux congestionnés dans les inflammations oculaires.

De même, l'action anémiante et décongestive de l'extrait surrénal a été mise à profit dans le traitement du glaucome, pour diminuer l'hypérémie et faire baisser la tension oculaire.

L'extrait surrénal rend de très grands services lorsqu'on fait usage de la cocaïne comme anesthésique local dans les cas d'opération sur les tissus congestionnés. On sait que la cocaïne n'agit pas sur les yeux fortement congestionnés, mais on obtient une anesthésie complète abolissant tous les mouvements de défense du globe oculaire si l'on instille alternativement un collyre à la cocaïne et un collyre à l'extrait surrénal.

Ce nouvel agent médicamenteux permet à la cocaïne de manifester son action anesthésique locale dans toute sa puissance précisément parce que la cocaïne agit alors sur des tissus décongestionnés. En outre, le collyre surrénal, tout en aidant à l'action anesthésique de la cocaïne, exerce son action hémostatique pendant l'opération, qui est beaucoup plus fa-

cile et se fait presque à blanc. Par suite de cette action vaso-constrictrice, l'extrait surrénal jouit d'une certaine valeur thérapeutique dans le traitement des affections oculaires, bien que cette valeur ne soit pas absolue. Le médicament devient un adjuvant très utile, toujours en permettant d'agir dans des conditions plus favorables. Certains symptômes pénibles se trouvent supprimés, tel le blépharospasme dans la conjonctivite.

Les travaux de Darier et de Zimmermann ont bien mis en relief la véritable valeur de l'extrait surrénal en thérapeutique oculaire.

Tout récemment, M. Vignes, à la Société française d'ophtalmologie, attirait l'attention sur les avantages que peuvent procurer en thérapeutique oculaire les produits de la glande surrénale. Lorsqu'on instille l'extrait dans l'œil, on détermine l'ischémie de la muqueuse sans provoquer d'irritation douloureuse. Il suffit de 30 à 60 secondes pour obtenir ce résultat qui persiste pendant une heure à une heure et demie et qu'on obtient sans même que l'épithélium de la cornée soit intéressée. Dans les cas de conjonctivite, on amène ainsi la sédation des signes subjectifs, de l'ardeur, de la sensation de corps étranger, en même temps que la sécrétion lacrymale diminue. D'un autre côté, la cocaïne employée conjointement avec l'extrait surrénal donne une anesthésie opératoire plus complète.

Après l'ophtalmologie, c'est l'oto-rhinologie qui a bénéficié des propriétés très spéciales du médicament.

Ici, aussi, on peut prétendre à une anesthésie complète par l'emploi combiné de la cocaïne et de la surrénaline. C'est ainsi que M. Brunet rapporte dans sa thèse qu'il a eu l'idée d'associer l'extrait surrénal à la cocaïne pour insensibiliser la membrane du tympan et diminuer la douleur de la paracentèse dans les cas d'otite moyenne aiguë, la cocaïne instillée seule dans ce cas restant à peu près inefficace.

Davis Sorneys se sert également de l'extrait surrénal dans les maladies de l'oreille moyenne comme hémostatique et anesthésique pour enlever des granulations, pour pratiquer

des opérations sur la membrane du tympan. L'application de l'extrait sur les granulations détermine leur atrophie et les fait disparaître. Sous l'action locale de l'extrait surrénal, la sécrétion de l'otite suppurative chronique diminue par suite de l'action décongestive. Dans les cas de myringite, le médicament en application locale apporte un grand soulagement et supprime même les accès douloureux.

L'extrait surrénal a reçu avec les mêmes résultats heureux de nombreuses applications en rhinologie. En Amérique, Bates, Douglas, Warren, Swain et Murphy, en France M. Lermoyez, M. Labarre, MM. Moure et Brindel ont fait des communications relatives à l'utilité de l'extrait surrénal dans les maladies du nez et de la gorge. M. Labarre signalait l'an dernier les résultats qu'il avait obtenus de l'emploi de l'extrait surrénal dans certaines rhinites sous la dépendance du lymphatisme, de l'arthritisme et de la neurasthénie. Sous l'influence des applications de l'extrait, les fosses nasales reprennent leur perméabilité, qui persiste plusieurs jours sans qu'on soit obligé de recourir à de nouvelles applications. Au bout de quelque temps, on voit la muqueuse pâlir et perdre sa tuméfaction, tandis que les phénomènes douloureux disparaissent.

C'est à l'effet vaso-constricteur qu'il faut rapporter l'action analgésique de l'extrait surrénal. Ici, comme en thérapeutique oculaire, cet agent constitue un adjuvant précieux dans les opérations des fosses nasales.

Grâce à ce puissant moyen hémostatique ou ischémiant, il sera facile de pratiquer des opérations que souvent on était obligé d'interrompre et de remettre en plusieurs séances, si abondante était l'hémorragie dès la première intervention. Quelques minutes après le badigeonnage avec le médicament, la muqueuse pâlit et se rétracte, semble même disparaître. On peut dès lors faire toutes les opérations nécessaires sans voir couler du sang, alors que le plus léger traumatisme suffisait auparavant pour provoquer une épistaxis. M. Lermoyez s'extasie avec juste raison sur les résultats merveilleux de cet agent hémostatique ou mieux,

ischémique, qui permet de faire proprement, à sec, cette chirurgie nasale, qui, jusqu'ici sanglante à l'excès, méritait l'épithète d'éclaboussante. On a pu ainsi redresser des cloisons déviées, gratter des lupus de la pituitaire presque sans effusion de sang et pratiquer une ablation de cornet inférieur sans autre linge que le seul mouchoir du patient, alors qu'on pouvait naguère reculer devant une intervention.

J'ai essayé d'avoir particulièrement l'opinion de ce praticien, et je me permets de citer un passage intéressant de sa lettre :

« J'ai remarqué que l'hémorragie secondaire, théoriquement tant à craindre dans le cas de vaso-constriction brutale, est peu à craindre et dans la moitié de mes cas elle ne s'est pas produite.

» Je trouve surtout à l'adrénaline l'avantage immense de rétracter les tissus sains et inflammatoires de façon à bien laisser apparaître soit les ulcérations souvent masquées au milieu de l'œdème, soit encore les néoplasmes au début qui se dissimulent dans des tissus simplement congestionnés. »

M. Taptas, de Constantinople, relate avec étonnement les services que rend l'extrait surrénal dans les opérations endonasales, ce médicament constituant un moyen héroïque pour prévenir l'hémorragie opératoire. Grâce à lui, on peut opérer complètement à blanc et réséquer un cornet papillomateux sans que le malade perde plus de dix gouttes de sang. Avant la surrénaline, il arrivait fréquemment qu'on laissait une opération inachevée à cause de l'hémorragie ; on faisait un tamponnement et l'on reprenait l'intervention à une séance ultérieure. Aujourd'hui, grâce à cet agent, on peut avoir un champ opératoire complètement exsangue et suivre exactement les divers temps d'une opération.

M. Taptas remarque aussi que l'anesthésie par la cocaïne est beaucoup plus facile et complète avec l'extrait surrénal. Si la cocaïne permet au patient d'affronter sans crainte l'opération qu'il sait n'être pas douloureuse, la surrénaline permet au chirurgien de poursuivre sans crainte et sans gêne l'opération qu'il entreprend, parce qu'elle n'est plus sanglante.

Mais la surrénaline a aussi la valeur thérapeutique d'un médicament remarquable. D'après M. Labarre, les résultats les plus rapides et les plus durables sont obtenus dans les diverses formes de coryza spasmodique. Comme dans beaucoup de cas, la fonction auditive se trouve considérablement améliorée, on a appliqué avec succès le médicament au traitement de certaines affections de la trompe d'Eustache.

MM. Moure et Brindel ont également expérimenté une préparation d'extrait surrénal possédant, grâce à ses propriétés vaso-constrictrices, une excellente action dans les lésions inflammatoires aiguës ou chroniques du nez et de la gorge et même du larynx. Ils signalent les propriétés hémostatiques remarquables dans les interventions sur les muqueuses du nez, de la bouche, du larynx et dans les épistaxis.

M. Wilson a également constaté les bons effets des préparations surrénales dans le traitement des inflammations aiguës de la muqueuse nasale et lorsque les ouvertures des tissus sont obstruées. La muqueuse se resserre sous l'influence du médicament, les ouvertures deviennent plus larges en permettant le drainage.

M. Buys a de même confirmé les résultats obtenus par les médecins américains et par M. Labarre. L'extrait surrénal deviendra le médicament de choix pour arrêter les hémorragies en nappe, profuses et intarissables, quand elles sont liées à l'hémophilie.

Parmi les auteurs qui ont relevé son action hémostatique dans l'épistaxis rebelle, nous citerons Mackenzie, qui a employé avec succès l'extrait surrénal dans un cas d'épistaxis profuse et rebelle chez un enfant de treize ans atteint d'hémophilie.

Faut-il attribuer l'action calmante locale de l'extrait surrénal à l'action vaso-constrictrice ? Quelle que soit l'explication qu'on en pourra donner, il est utile de rappeler que Peters l'a employé dans des cas de néoplasmes malins pour faire cesser les douleurs. Les malades ont repris le sommeil troublé par les douleurs, après des badigeonnages faits matin et soir sur la tumeur avec l'extrait. Dans un cas de cancer

de l'œsophage, les douleurs se sont calmées à la suite de l'ingestion de la préparation.

M. Th. Thomas a relaté deux observations qui montrent que l'extrait de capsule surrénale exerce dans les cas d'hémorragie rebelle une action hémostatique supérieure à tous les autres traitements. Dans un cas, un enfant de treize mois se fait en tombant une déchirure de la lèvre supérieure allant jusqu'à la joue. Pendant trois jours, malgré toutes les précautions, l'hémorragie recommence; c'est alors que l'auteur emploie l'extrait surrénal sur la plaie et à l'intérieur. L'hémorragie cesse définitivement et le pansement peut être enlevé deux jours après. Dans le second cas, un hémophilique de vingt-trois ans s'était blessé à la base de l'index gauche. Depuis six semaines la plaie saignait toutes les fois qu'on changeait le pansement, malgré toutes les précautions prises. Le blessé finissant par être très affaibli, on le traita par les préparations surrénales intus et extra.

Le lendemain on put changer le pansement sans incident et il ne se produisit aucune autre hémorragie. M. W. Milligan rapportait dernièrement un cas dans lequel il a employé avec grand avantage l'extrait surrénal. Des hémorragies graves avaient accompagné l'ablation de végétations adénoïdes chez un garçon de dix ans qui était hémophilique. Après l'opération, l'hémorragie fut relativement légère, mais environ vingt heures plus tard l'enfant vomit plusieurs caillots. L'examen révéla l'existence d'un suintement sanguin continu le long de la paroi postérieure du pharynx. On fit des injections d'eau glacée par le nez et une injection hypodermique d'ergotine. Le suintement continua cependant et le jour suivant on tamponna le nasopharynx avec de la gaze iodoformée. Malgré l'application du tampon, l'hémorragie continua et le petit malade devenait d'une pâleur extrême. Une application faite avec de l'essence de térébenthine ne donna pas un meilleur résultat. Finalement on introduisit dans la cavité naso-pharygienne un tampon de gaze imbibée d'une solution d'extrait surrénal et toute hémorragie cessa.

Ce n'est pas seulement en applications locales que l'extrait

surrénal manifeste ses propriétés hémostatiques. Il existe à l'heure actuelle un nombre assez considérable d'observations qui montrent que le médicament employé à l'intérieur soit par la bouche, soit par lavement, peut arrêter les hémorragies qui se produisent par différents organes, avec une énergie supérieure à tout autre agent.

Voici, par exemple, une observation de Kenworthey qui a employé cette médication chez un malade pris subitement d'une hémorragie pulmonaire sans qu'aucun symptôme ait fait soupçonner antérieurement une prédisposition à cet accident.

A la suite d'une course à bicyclette, ce malade fut pris subitement d'une toux intense et, en deux heures et demie, il rendit un demi-litre de sang, malgré l'administration d'opium, d'ergotine, d'acide gallique, des applications de glace et le repos absolu.

Le lendemain, l'hémorragie revint et le malade perdit presque autant de sang que la veille, malgré le traitement mentionné.

Le troisième jour, le malade avait 140 pulsations faibles et irrégulières, 40 respirations, une température de 39° et l'hémorragie continuait. Kenworthey commença alors le traitement par les capsules surrénales. Après une première dose l'hémorragie cessa complètement au bout de cinq minutes et ne reparut pas durant les dix semaines que fut continué le traitement. Le soir qui suivait la première dose le pouls était tombé à 90, la respiration à 28 et la température à 101° Fahr. (38°3).

Dans les quatorze cas traités par l'auteur, le médicament a toujours donné les résultats attendus, sauf dans un où l'hémorragie ne s'arrêta que quinze minutes après l'administration de la première dose. Les autres doses n'étaient probablement pas indispensables, mais elles ont été données par mesure de précaution. Kenworthey conclut que l'extrait de capsule surrénale est le plus prompt et le plus sûr des médicaments à employer pour obtenir l'hémostase.

M. Fenwick a employé le même médicament dans un cas

d'hémorragie stomacale et en a obtenu d'excellents résultats à tel point qu'il déclare qu'il n'aura plus recours dans la suite à d'autre hémostatique. Il a obtenu les meilleurs résultats dans les cas d'ulcérations stomacales récentes au voisinage du cardia, dans les complications observées dans les maladies du foie et du cœur. On peut également influencer favorablement par ce moyen les hématémèses qui se produisent dans le cancer de l'estomac et dans les hémorragies du cancer rectal en donnant le médicament en lavement.

M. Given a obtenu aussi l'arrêt d'hémorragies graves dans un cas d'ulcère de l'estomac.

M. Emmett Holt vient de publier un cas d'hémorragie gastro-intestinale grave chez un nouveau-né qui guérit par l'extrait surrénal. Cet enfant bien constitué eut seize heures après sa naissance des vomissements de sang, en même temps que le tégument et la muqueuse buccale se couvraient de taches pétéchiales. En quelques heures plusieurs serviettes furent souillées par le sang rejeté dans les vomissements. On fit prendre à l'enfant de l'extrait de capsule surrénale mélangé à du sucre. Douze heures après la première dose de ce médicament, les hémorragies avaient complètement cessé. L'enfant se mit à téter normalement et quarante-huit heures plus tard il était complètement guéri. Les taches hémorragiques de la peau et de la muqueuse buccale avaient disparu.

Enfin Adam a donné l'extrait des capsules surrénales en lavement dans un cas de gastrorrhagie rebelle chez une jeune fille, et l'hématémèse cessa complètement. Ce fait démontre bien que les propriétés vaso-constrictrices du médicament peuvent rapidement s'exercer à distance. Le même auteur se sert, au cours d'interventions chirurgicales, de tampons imbibés d'extrait surrénal afin de débarrasser le champ opératoire du sang et de le rendre plus accessible à la vue. Cet extrait, d'après le même auteur, peut aussi être employé pour augmenter et prolonger l'effet anesthésique des pulvérisations de chlorure d'éthyle dans les opérations de petite chirurgie et l'extraction des dents : il suffit pour cela de main-

tenir pendant quelques instants un tampon imbibé d'extrait surrénal sur la région qu'on va soumettre à la pulvérisation réfrigérante.

D'après toutes ces observations il n'est pas douteux que nous possédions dans l'extrait surrénal un médicament hémostatique d'une énergie singulière, qui mérite de prendre place dans l'art dentaire, soit pour prévenir ou arrêter les hémorragies après les extractions, soit pour arrêter les hémorragies de la pulpe après avoir enlevé le nerf, pour arrêter les hémorragies de la gencive qui deviennent gênantes dans les opérations qui doivent se faire à sec, par exemple, dans les aurifications ; enfin l'extrait surrénal mérite d'être employé au point de vue anesthésique, ainsi que l'oculistique et la rhinologie nous en fournissent des exemples. Il n'est pas douteux non plus que l'extrait surrénal joue un rôle important au point de vue exclusivement thérapeutique, car les occasions ne manqueront pas d'utiliser ses propriétés vaso-constrictrices dans les cas de bourgeonnements, de saignement des gencives, d'épulis, etc.

Les préparations employées en thérapeutique varient de forme selon qu'elles sont destinées à la voie hypodermique, à la voie gastrique ou à l'usage externe :

1° Pour les injections hypodermiques, le liquide employé se prépare suivant le procédé de Brown-Séquard et d'Arsonval. On fait macérer dans l'eau glycérinée, on filtre à la bougie d'alumine sous pression d'acide carbonique dans l'appareil d'Arsonval, on met ensuite le liquide dans des ampoules que l'on scelle à la lampe ;

2° Les préparations destinées à la voie stomacale se font avec les capsules surrénales broyées, puis desséchées à basse température, on met ensuite la poudre en pilules dragéfiées : chaque dragée contient 0.10 centigrammes de poudre ;

3° Enfin la solution aqueuse d'extrait de capsules surrénales est obtenue par macération des capsules dans de l'eau froide stérilisée pendant quatre jours. Cette macération est maintenue ensuite pendant douze heures à une légère température, on filtre et l'on évapore dans le vide.

Le produit obtenu est ensuite redissous dans de l'eau stérilisée renfermant 1 0/0 d'aldéhyde formique.

La solution est dosée au tiers.

Dans la communication que je viens de faire devant vous et dans laquelle je vous ai mis au courant de toutes les recherches aux quelles j'ai pu me livrer au sujet de l'emploi de l'extrait des capsules surrénales dans les différentes branches de la chirurgie spéciale, je ne me suis pas occupé de l'historique de son emploi en chirurgie dentaire, parce que je n'ai rien trouvé dans notre pays de bien précis sur ce point dans notre littérature professionnelle.

Il me semble toutefois nécessaire de vous dire quand, sous quelles influences et avec quels produits j'ai commencé cette étude.

*
* *

Il y a environ trois mois, ayant eu l'occasion de causer de différentes questions placées sur les confins de la laryngo-rhinologie, de la stomatologie et de l'art dentaire, avec le Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, ce dernier me fit l'éloge enthousiaste d'un produit appelé « adrénaline », qu'il employait avec succès dans la chirurgie des fosses nasales. J'avais déjà vu signaler ce produit dans divers journaux étrangers et en particulier dans les journaux anglais et américains, et je savais que plusieurs praticiens d'outre-mer le vantaient également et déclaraient en être très satisfaits dans les applications qu'ils en avaient faites en chirurgie dentaire.

Je l'essayai donc, d'abord en hésitant, puis je l'employai d'une façon courante dans les divers cas de notre pratique. J'employai tout d'abord une solution que je trouvai chez les pharmaciens américains de Paris, où elle est connue sous le nom d'adrénaline, puis je m'adressai à M. Bouty, le pharmacien bien connu pour ses préparations de liquides organi-

ques en général et par ses efforts nombreux pour vulgariser l'opothérapie.

Je fus de jour en jour plus satisfait et je décidai de faire part de mes bons résultats à mes confrères à la Société d'Odontologie de Paris. C'est dans cette intention que je m'étais fait inscrire à l'ordre du jour de la séance précédente pour une note sur un nouveau médicament, mais cette séance ayant été très chargée par suite de l'ampleur des discussions, je résolus de remettre cette petite communication à l'ordre du jour de la présente séance.

Depuis cette séance toute théorique, nous avons eu une séance de démonstrations pratiques, à l'occasion de la réunion de la Fédération dentaire nationale, dans laquelle notre ami M. Blatter, qui, m'a-t-il dit à ce moment, avait eu son attention attirée depuis un an déjà sur ce point, nous a fait une démonstration pratique tendant à nous montrer les succès pratiques qu'il avait obtenus avec cette préparation, non seulement en badigeonnages, mais aussi en injections hypomuqueuses. M. Rozenbaum a fait, à la même séance, une démonstration pour montrer les avantages de ce produit. Je tiens à citer les expériences de mes deux confrères pour montrer que je ne réclame aucune priorité, puisque j'avoue qu'il n'y a que trois mois au plus que je me suis occupé de cette question. J'avoue, de plus, que je n'ai pas osé jusqu'ici employer cette solution en injections hypodermiques, surtout avec du liquide non dilué, puisque j'avais de bons résultats avec les badigeonnages simples et qu'il m'a paru qu'en opérant ainsi je ne faisais courir à mes malades aucun risque.

Je n'ai trouvé que peu de choses dans la bibliographie dentaire étrangère, que j'avoue également n'avoir travaillée que d'une façon insuffisante, par suite du manque de temps et des difficultés pratiques. Mais le peu que j'en ai lu me montre que cet agent est employé d'une façon assez courante par certains praticiens en Angleterre et en Amérique.

J'attire spécialement l'attention sur deux articles, qu'on pourra lire avec profit, l'un tiré du journal *The Dental Record*

du mois de janvier 1902, écrit par G. W. Watson, L. D. S. et que je vous demande de vous lire en partie :

Le chlorure d'adrénaline est un produit récent du laboratoire de Parke, Davis et Co. Il a été découvert par le Dr Takanime, qui l'a tiré de la glande surrénale, dont on suppose qu'il est le principe actif. Il se présente sous forme de petits cristaux fusiformes ; c'est un astringent très puissant, un hémostatique et un stimulant cardiaque ; il s'emploie dans la proportion de 1/1000. La valeur de cette préparation m'a été montrée, il y a quelques semaines, dans un cas qui exigeait des précautions spéciales pour empêcher toute perte de sang. Le patient, âgé de 17 ans, mais si petit qu'il n'en paraissait que 12, devait subir l'ablation d'une excroissance post-nasale et l'extraction de douze dents malades. Il est atteint d'une maladie valvulaire du cœur de mauvaise nature et, en raison de l'état dans lequel il se trouvait, il semblait prudent d'exécuter l'opération en lui faisant perdre le moins de sang possible. Des tampons de coton, saturés d'adrénaline, furent placés dans ses narines pour resserrer les vaisseaux sanguins et stimuler également le cœur par absorption; alors on lui administra un mélange de A. C. E. suivi par le chloroforme. L'excroissance nasale fut extirpée par le cautère électrique, avec une très faible perte de sang et même sans perte, après quoi les dents furent extraites successivement et chaque alvéole fut tamponné avec un tampon d'ouate plongé dans l'adrénaline. Comme la gencive voisine des dents antérieures inférieures jusqu'aux prémolaires de chaque côté était fortement hypertrophiée et débordait sur les dents, elle fut taillée au niveau du collet des dents. La faiblesse de l'hémorragie qui suivit et qui fut tout à fait arrêtée par l'adrénaline est tout à fait étonnante. Cela fut très marqué dans le cas de la gencive hypertrophiée, dont le saignement, quand on la coupe, est d'ordinaire fort gênant. Cet agent semble devoir être très utile au dentiste dans bien des cas, par exemple dans la préparation des dents pour les couronnes, dans les muqueuses enflammées, etc.

On trouve aussi un article très long et très intéressant dans *The British Journal of Dental Science* de mars 1902, dû à E. A. Peters, M. D., de Londres que je vous demande également la permission de vous lire par extraits :

En dentisterie il me semble y avoir trois catégories de cas dans lesquelles les capsules surrénales peuvent être plus généralement employées : 1° comme hémostatiques ; 2° comme adjuvants à l'anesthésie locale ; 3° comme application locale pour calmer la douleur résultant de l'inflammation.

Dans ces cas il faut un liquide extrait de la glande. On obtient les meilleurs résultats en employant l'extrait de glande fraîche ; mais, pour des raisons évidentes, l'emploi de cette préparation n'est pas pra-

tique, et j'ai employé dans la plupart de mes cas un extrait fraîchement préparé chaque jour au moyen des tabloïdes de glande sèche vendus par MM. Wellcome et Burroughs. Ces tabloïdes sont en poudre et se mélangent avec de l'eau froide, de manière à former des mélanges à 10 ou 20 0/0, suivant le poids de la glande quand elle était fraîche. On plonge alors dans l'eau bouillante le récipient qui les contient et l'on chauffe en secouant de temps en temps 10′. On filtre et la préparation est bonne pendant deux jours environ. Si on la laisse se reposer, il se forme un précipité brun foncé, qui conserve les propriétés actives. Le constituant est un corps très fugace et très délicat et beaucoup des préparations du commerce sont singulièrement défectueuses quand il s'agit de donner la réaction typique de l'extrait. Cet agent vaso-constricteur serait un alcaloïde.

Une solution à 1/4 0/0 de surrénal extrait de tabloïdes et dilué avec un salin normal donne la réaction surrénale en injectant sous la peau de l'avant-bras. En 5 ou 10′ une tache blanche apparaît sur le point d'injection et les papilles villeuses se bombent en formant la chair de poule. Dans certains cas la peau prend l'aspect d'une mosaïque brute. Cette zone a légèrement perdu sa sensibilité et, si on la pique, elle ne saigne pas si rapidement que d'ordinaire. Cette expérience nous fournit un moyen commode de comparer les diverses forces des préparations de surrénal.

Si un extrait surrénal en solution de 10 ou 20 0/0 est enfoncé dans le nez au moyen de boulettes d'ouate et y est laissé pendant 20′, la muqueuse en absorbe une partie, se resserre et blanchit. Dans certains nez il est nécessaire, en raison de cette grande contraction, de bourrer le nez pendant 20 autres minutes. Quand on enlève les boulettes d'ouate, on peut enlever des parties de muqueuse ou d'os sans qu'il tombe du nez une goutte de sang. Le saignement commence au bout de 2 heures, mais l'opérateur y est préparé et a bourré le nez. Parfois le saignement n'est modifié qu'en quantité.

Des solutions surrénales en grande quantité ont été injectées dans le tissu sous-cutané des lapins, et l'on a employé pour cela une solution à 10 0/0 préparée comme il a été dit. En employant un peu plus de 1/1000 de surrénal par rapport au poids du lapin pour l'injecter chaque jour, la température rectale s'abaisse. A 2/1000 l'animal perd du poids ; à 5 /1000 le poil de la zone tombe et la gangrène apparaît dans la région injectée. Tout cela semble dû à la vaso-constriction et ressemble à la gangrène de l'ergot de nos ancêtres. Si la même proportion de poids du corps était observée pour l'homme, il serait nécessaire d'injecter un peu plus de 496 grammes de la solution à 10 0/0 avant de remarquer des symptômes sérieux. Il est rarement nécessaire dans la pratique d'employer plus d'un gramme 77 , de sorte que cet extrait peut être employé avec sécurité.

L'action principale de l'extrait consiste dans une contraction des muscles involontaires des artérioles, amenant une ischémie locale. Suivant quelques-uns, il y a également une action centrale. Si une glande surrénale est enlevée, l'autre s'hypertrophie (Moore, Vincent, Peters).

L'action hémostatique du surrénal fut bientôt utilisée en clinique lorsque Olivier eut démontré que des extraits de la glande ont une puissante action vaso-constrictrice et, pour cela, il en avait appliqué presque dans toutes les parties du corps. En chirurgie dentaire il sert à arrêter les hémorragies d'un alvéole septique ou ailleurs. On a dit que l'extrait surrénal arrête le saignement des hémophiles, mais je n'en ai pas fait l'expérience.

Pour obtenir l'effet hémostatique, il faut appliquer une préparation de surrénal à 10 0/0 ou une préparation plus forte sur un tampon de coton, avec une pression soutenue.

Le surrénal est également utile comme adjuvant pour produire l'anesthésie locale. Ainsi que cela a été dit précédemment, les perceptions sensorielles de la peau au-dessus du siège d'une injection hypodermique de surrénal sont simplement sourdes ; il n'y a pas analgésie ou anesthésie absolue. Mais en ajoutant de la cocaïne ou de l'eucaïne, l'anesthésie ordinaire donnée par l'injection de ces substances est prolongée, et il faut une plus faible quantité de celles-ci quand elles sont ainsi combinées avec du surrénal pour produire une anesthésie aussi profonde. En outre, la cocaïne ainsi employée est moins toxique, car elle est retenue dans les tissus pendant plus longtemps. La cocaïne donnée à petites doses est vaso-constrictrice ; à fortes doses elle est vaso-dilatatrice.

Si une solution diluée de cocaïne est placée sur la palmure d'une grenouille, les artérioles se contractent, mais se dilatent au bout de 3 à 5 '. Si l'on y dépose une autre goutte diluée, les mêmes phénomènes se reproduisent. Cependant, en appliquant directement un sel de cocaïne, une dilatation immédiate se produit. La cocaïne, suivant Mosso (archives ital. de Bolog., Turin, 1890, 8, 323), est excrétée sans changement par les reins. Dans la méthode ordinaire d'application ou d'injection le sel soluble est entraîné des tissus au système nerveux central et y produit ses effets paralysants désastreux. Dans le cas d'une palmure de grenouille cela se produit en 2 '. J'ai dressé une liste des cas publiés d'empoisonnement par la cocaïne. Il résulte de cette liste, que des solutions concentrées introduites dans un estomac vide dans le but d'injecter une certaine quantité dans la muqueuse dense ou des ingestions accidentelles rentrent pour une large part dans ce cas. La cocaïne, contrairement à l'eucaïne, ne forme pas de composé local. Reclus (*La cocaïne en chirurgie*, Paris, 1895) limite l'usage interne de la cocaïne à 7 centigr. 12, mais il est d'usage en laryngologie, d'employer des boulettes d'ouate trempées dans une solution de cocaïne à 10 0/0 et souvent il doit y avoir 32 centigrammes et plus dans le nez. Maintenant, les symptômes toxiques sont presque inconnus dans la laryngologie, quoiqu'un pouls rapide, un des premiers symptômes, soit fréquemment constaté. J'ai opéré pendant des années dans un hôpital de laryngologie, mais je n'ai jamais vu un cas d'empoisonnement défini, tant le système des boulettes est sûr.

Le surrénal offre un avantage réel en contractant les vaisseaux ; la substance se localise et produit un effet anesthésique plus prolongé, tandis qu'elle est absorbée plus lentement par le système vasculaire.

D'autre part, l'eucaïne est un vaso-dilatateur; mais, quoiqu'elle soit un paralysant puissant, elle forme un composé local avec les tissus locaux, de sorte que le système nerveux central est loin de sa sphère d'influence (Peters, thèse de Cambridge, 1900). Même l'anesthésie de l'eucaïne est rendue plus profonde et plus prolongée par sa combinaison avec le surrénal. A doses ordinaires, le surrénal surmonte la vaso-dilatation due à l'eucaïne.

Un autre avantage de l'anesthésie combinée, c'est de rendre les tissus enflammés anesthésiques, état que la cocaïne ordinaire ne produit pas pour des raisons inexpliquées. Une application en boulettes d'une solution contenant 5 0/0 de cocaïne et 10 0/0 de surrénal peut être étendue à 12 mm. de chaque côté de la dent, suivie par l'injection de la solution saline deux fois diluée dans la région du nerf infraorbital ou mental, comme on le désire. On néglige pour l'absorption de détruire les nerfs plus profonds; mais il serait possible, si c'était nécessaire, au moyen d'une injection convenable dans l'épine de Spix dans le sinus maxillaire, de trancher les troncs des nerfs profonds. Je ne l'ai jamais fait.

Corning, un Américain, a été le premier à faire remarquer qu'une injection de cocaïne dans la région d'un tronc nerveux avait pour conséquence l'abolition temporaire des fonctions du nerf. En appliquant cette méthode, j'ai pu tracer le réseau cutané appartenant à certains nerfs et montrer que dans l'avant-bras les rameaux d'un nerf dépassaient l'autre de 12 mm. (Peters, thèse de Camb. 1900).

Bien entendu cette méthode présente les mêmes inconvénients que toutes les méthodes locales, c'est-à-dire que le patient est conscient d'une opération qui a lieu ; les détails du manuel opératoire ne lui échappent pas comme dans le cas d'un anesthésique général. Dans mon service l'anesthésie locale est véritablement satisfaisante et un patient qui a subi une opération nasale dans ces conditions demande rarement une autre méthode s'il subit une opération subséquente.

Le troisième usage de l'extrait surrénal est son application seul ou combiné avec 1/2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne pour soulager la douleur inflammatoire.

J'ai décrit ailleurs (Lancet, 2 mars 1901) des cas dans lesquels la douleur et la sensibilité de la tuberculose du larynx, le cancer récidivant de la poitrine, douleur qui est due essentiellement à une ulcération et à une inflammation chronique, étaient soulagées par ce traitement. Dans la plupart des inflammations chroniques il y a des périodes aiguës. En outre, j'ai employé l'extrait dans des cas dentaires pour faire franchir aux patients une période douloureuse avant l'intervention du dentiste. L'extrait était appliqué comme je l'ai dit, c'est-à-dire qu'une boulette d'ouate plongée dans 10 ou 20 0/0 d'extrait surrénal est logée entre la joue et la gencive et la solution est étendue sur le côté palatal si le patient ne peut pas laisser adhérer une boulette semblable à la surface palatale pendant quelques instants ; la boulette doit s'étendre à 12 mm. de chaque côté de la dent. Le tampon labial doit être laissé en place pendant le sommeil, autrement la douleur peut être ressentie au

bout de deux ou plusieurs heures (à signaler l'hémorragie qui suit l'extrait quand il est employé dans les opérations nasales au bout de deux heures).

Voici deux cas :

1er. Une dame se plaignait, deux jours après une opération, d'une douleur violente qui l'avait empêchée de dormir la nuit précédente. Je découvris une enflure sur le côté palatal de l'alvéole se rattachant à l'une des molaires. 10 0/0 d'extrait furent appliqués comme je l'ai dit; la patiente dormit la nuit et la douleur devint tolérable. Trois jours après, un petit abcès alvéolaire s'ouvrit sans intervention chirurgicale.

2e. La douleur et la sensibilité résidaient dans la face palatale correspondant à la racine palatale de la première molaire, où l'on pouvait découvrir une légère enflure. La cocaïne, le chloroforme, l'iode et l'aconit furent employés et de l'acide phénique fut introduit dans l'interstice dentaire, le tout sans résultat. Des applications d'extrait, cependant, calmèrent le patient pendant quatre jours, au bout desquels la douleur cessa. Un an plus tard environ, douleur violente dans la même dent et le maxillaire environnant. Le sixième jour douloureux, un dentiste enleva la dent, qu'il trouva septique, en découvrant un abcès à l'apex de la racine palatale.

J'ai bourré les interstices dentaires avec de la ouate plongée dans 1/10 d'acide phénique ou 5 0/0 de cocaïne dissoute dans de la créosote de hêtre. Le soulagement de la douleur par cette méthode est probablement dû à la vaso-contriction. Les artérioles qui alimentent la zone sont contractées et la distension par le sang et le sérum diminue. L'augmentation de douleur des tissus denses enflammés est due, dit-on, à l'augmentation de pression et de traction des nerfs. Les uns prétendent que la douleur résulte de l'affection d'un nerf de sensibilité commune ; d'autres qu'il y a des nerfs spécifiques pour la douleur. Dans l'inflammation de la peau et des tissus sous-cutanés toutes les fonctions spécifiques sont dérangées en produisant des sensations anormales de sensibilité ordinaire : chaleur, froid, pesanteur et douleur. L'action du surrénal rend sourdes toutes ces sensations, mais ne les abolit pas totalement.

Le surrénal influe-t-il défavorablement sur les résultats finals de l'inflammation ? Personnellement je n'ai pas vu de nécrose ou de symptômes d'infection générale suivre son emploi tel qu'il est indiqué ; la muqueuse n'est pas endommagée. Ce traitement est en accord avec l'emploi des détergents et des applications froides admises habituellement pour le traitement de l'inflammation aiguë. Les symptômes sérieux d'inflammation des os et des autres tissus denses ou emprisonnés sont dus à la strangulation des vaisseaux par une exsudation excessive. Peut-être alors le surrénal réduit-il le dommage final? Le soulagement pour le patient est considérable ; il peut travailler et dormir sous son influence. Je ne dis pas que le patient est soulagé autant que par la morphine, qui agit sur le système nerveux central ; mais le surrénal a l'avantage d'être inoffensif quand il est employé comme je l'ai dit et, malgré son instabilité, l'emploi de l'extrait, préparé comme je l'ai indiqué, donnera des résultats assez constants.

L'auteur attire l'attention des lecteurs sur les avantages que l'on pourra retirer de l'extrait supra surrénal dans trois cas : comme hémostatique, comme adjuvant à l'anesthésie locale et pour diminuer la douleur dans l'inflammation par des applications locales. Une solution contenant 25 0/0 de l'extrait surrénal et 75 0/0 de sérum donne la réaction typique surrénale quand on a injecté seulement 5 mm. sous la peau à l'avant-bras. Au bout de 5 à 10 minutes, une tache blanche apparaît et les papilles et les poils de la peau s'élèvent en formant ce qu'on appelle la chair de poule. La sensibilité est diminuée et une piqûre n'entraîne pas d'hémorragie. On a dans cette réaction un bon moyen de comparer la force des différentes préparations de liquide surrénal.

L'auteur cite ensuite des observations physiologiques intéressantes qui ont été faites sur des lapins.

L'emploi en art dentaire d'un liquide ayant tous ces avantages est fréquemment indiqué.

Dans les cas d'hémorragie opératoire ou post-opératoire, on se trouvera bien d'un tamponnement alvéolaire, et même supra-alvéolaire, fait avec des tampons d'ouate imbibés de cette solution. L'hémorragie cessera rapidement. Si l'on est prévenu qu'il s'agit d'un hémophile, on fera un badigeonnage du champ opératoire avant l'intervention.

L'emploi en est indiqué dans les caries du collet, soit qu'on passe un badigeonnage préventif, soit qu'on fasse un tamponnement lorsque la gencive lésée commencera à saigner. Combien de fois l'opérateur est-il gêné par ces petites hémorragies au niveau du collet des grosses molaires, par exemple, pour l'application de sa substance obturatrice, quelle qu'elle soit !

Dans les caries interstitielles, où l'on a été obligé de refouler la gencive, soit en écartant les dents, soit parce que la carie était très étendue, on emploiera encore avec succès la surrénaline, qui a comme action, non seulement d'arrêter le sang, mais encore de rétracter cette gencive fongueuse si gênante pour le praticien. En un mot, ce produit est très utile dans toutes les hémorragies de la muqueuse, qu'il s'agisse

d'un curettage du bord alvéolaire, d'une extraction ou d'une obturation.

Il est aussi naturellement très utile dans les cas d'hémorragie pulpaire, quelle qu'en soit l'origine.

Dans les cas d'inflammation de la gencive, il va de soi que les qualités vaso-contrictrices de ce produit ne pouvaient donner que de très bons résultats, et par conséquent dans les cas de périostite aiguë on aura bien souvent l'occasion d'en faire usage.

Enfin il était aussi logique de penser que la surrénaline devait donner d'excellents résultats au point de vue de l'anesthésie locale, comme nous la préconisons toujours, c'est-à dire par la méthode mixte : cocaïne et réfrigération.

D'une part, l'ischémie produite dans la région badigeonnée permet à la cocaïne de localiser son admirable pouvoir anesthésique, tout en retenant plus longtemps l'alcaloïde dans le champ opératoire, ce qui favorise la longueur de l'anesthésie, empêche la diffusion du produit dans l'organisme et par conséquent diminue d'autant l'action toxique.

D'autre part, cette même ischémie a pour effet de favoriser l'action du mélange réfrigérant, d'avancer le moment de cette action et de la prolonger. Enfin, l'opération entraînera une perte de sang moindre, avantage sur lequel nous ne nous arrêterons pas, car nous pensons que cette hémorragie, après l'extraction, est le plus souvent salutaire.

Je ne veux pas insister plus longuement, messieurs, sur les avantages que vous pourrez tirer de l'emploi de l'extrait des capsules surrénales.

Comme je vous l'ai dit, il y a environ trois mois que je me sers dans ma pratique journalière de ce produit. D'autres expérimentateurs en ont obtenu de bons effets, soit dans notre chirurgie spéciale, soit dans la chirurgie des régions voisines. Je me borne à vous en conseiller l'emploi en simples badigeonnages et j'ai voulu simplement, par cette communication, chercher à vulgariser une méthode dont j'ai retiré

de bons résultats, comme il est désirable que chacun de nous fasse dans cette société, qui est une société d'instruction mutuelle, où nous profitons les uns et les autres de nos recherches, de nos méthodes et de nos procédés, pour le plus grand bien de nos malades et de la science odontologique.

Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

NÉCESSITÉ DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS L'ARMÉE

A l'ordre du jour des différentes sociétés dentaires réunies sous le vocable de Fédération dentaire nationale est inscrite une question d'actualité entre toutes : celle de l'utilisation spéciale, dans l'armée, des chirurgiens-dentistes diplômés des Facultés et aussi des étudiants en chirurgie dentaire.

L'accord est parfait sur la nécessité de cette mesure, les détails seuls devant être l'objet de discussions ultérieures avant qu'elle soit soumise, par qui de droit, à l'approbation des pouvoirs publics et du Ministre de la Guerre.

Il est absolument urgent de donner maintenant au soldat les soins dentaires, de même qu'on lui procure les autres. Aujourd'hui la plus grande partie de nos sous-officiers réengagent et obtiennent après quinze ans de services une retraite proportionnelle qui leur permet encore d'occuper certains postes secondaires dans des administrations civiles. Très nombreux sont donc les fils de modestes agents de ces administrations qui embrassent la carrière militaire et devancent même l'appel, pour avoir, au retour du régiment, la possibilité de postuler un emploi dans les postes et télégraphes, les ponts et chaussées, les douanes, la gendarmerie, les eaux et forêts, les poudres et salpêtres, les arsenaux, les forges de la marine, le service des prisons, les haras, les phares, les chemins de fer de l'Etat, les musées, monuments et palais nationaux, etc... Mais nombreux aussi — qui de nous n'en connaît quelques-uns ? — sont ceux devant lesquels les portes de la caserne ne peuvent s'ouvrir, à cause de quelque affection ou infirmité d'origine buccale ou dentaire et pour lesquels cet ostracisme est un réel désappointement et un obstacle à leur situation sociale future.

Sans même vouloir insinuer que le chirurgien-dentiste militaire pourrait mettre tous ces hommes en état de faire leur service et par cela même donner aux effectifs davantage d'unités, il n'est pas exagéré de dire que beaucoup d'entre ces exemptés pourraient être incorporés, sur leur demande, avec la possibilité de recevoir au régiment les soins que comporte leur état. Nous

avons vu dans un précédent article que les choses se passent ainsi dans l'armée anglaise.

Afin d'éclairer ceux qu'intéresse cette question sur le nombre d'exemptions ayant rapport aux affections bucco-dentaires, je me suis livré à un travail de statistique portant sur les années 1896, 97, 98, 99 et 1900. J'ai donc établi pour l'ensemble de ces cinq dernières années une moyenne pour chacun des cas d'exemption qui sont : 1° perte des dents ; 2° divisions congénitales ; 3° maladies de la bouche et des gencives.

L'Algérie et les colonies ne sont pas comprises dans ces chiffres.

	EXEMPTÉS			SERVICE AUXILIAIRE	
	Perte des dents.	Divisions congénitales.	Maladies de la bouche et des gencives.	Perte des dents.	Autres maladies de la bouche.
Ain	1/5	1/5	1/5	5 1/5	1
Aisne	0	2 2/5	1 4/5	12 1/5	5 4/5
Allier	1/5	1	0	4/5	1 3/5
Alpes (Basses-)	1/5	1/5	0	3/5	0
Alpes (Hautes-)	1/5	0	1/5	4/5	1 2/5
Alpes-Maritimes	0	1	0	6	1/5
Ardèche	2/5	1/5	2/5	3 3/5	0
Ardennes	2/5	2/5	2/5	7 3/5	0
Ariège	2/5	0	2/5	5	0
Aube	4/5	4/5	1/5	8 4/5	0
Aude	0	0	3/5	1	1
Aveyron	1/5	1/5	0	1	0
Bouches-du-Rhône	2/5	1/5	1	6	4/5
Calvados	2/5	4/5	1 4/5	25 4/5	1 3/5
Cantal	0	1/5	2/5	0	2/5
Charente	0	1/5	0	2	1/5
Charente-Inférieure	1/5	4.5	1	10 2/5	1/5
Cher	2 5	1 1/5	2/5	4	2/5
Corrèze	1 1/5	0	1/5	3/5	0
Corse	4/5	1/5	0	4/5	1/5
Côte-d'Or	1/5	1 2/5	1/5	2 1/5	2/5
Côtes-du-Nord	4/5	10 2/5	1/5	4 3/5	7 1/5
Creuse	2 2/5	2/5	1 1/5	3 2/5	3 2/5
Dordogne	1	1	1/5	7 4/5	2 4/5
Doubs	0	1 2/5	0	7 3/5	1/5
Drôme	1/5	0	2/5	6 2/5	3/5
Eure	2	1 1/5	0	12 3/5	1/5
Eure-et-Loir	4 4/5	1 3/5	2/5	11 1/5	4/5
Finistère	0	4/5	2/5	1/5	1 3/5
Gard	2 4/5	0	0	3	0
Garonne (Haute-)	4/5	2/5	1 3/5	8 4/5	3
Gers	1/5	1/5	3/5	1 4/5	3/5
Gironde	1 2/5	4/5	4/5	31 2/5	2/5
Hérault	1 2/5	0	0	5	2/5
Ille-et-Vilaine	3/5	2 3/5	4/5	7 2/5	1
Indre	0	0	1/5	4	1/5
Indre-et-Loire	0	1 1/5	2/5	14 4/5	2/5
Isère	0	1	3/5	12 3/5	1/5
Jura	0	3/5	1/5	3	1/5

	EXEMPTÉS			SERVICE AUXILIAIRE	
	Perte des dents.	Divisions congénitales.	Maladies de la bouche et des gencives.	Perte des dents.	Autres maladies de la bouche.
Landes	18	0	2/5	25	7
Loir-et-Cher	0	1 3/5	0	10 4/5	1 5
Loire	1/5	1 4/5	1/5	3 3/5	4 4/5
Loire (Haute-)	1/5	0	1/5	0	2/5
Loire-Inférieure	7 1/5	3 2/5	2/5	15/15	5 1/5
Loiret	1	1 3/5	1/5	3 2/5	1 2/5
Lot	4/5	1/5	1/5	2	3/5
Lot-et-Garonne	2 4/5	3/5	1/5	9 2/5	4/5
Lozère	1/5	1/5	1/5	4/5	1/5
Maine-et-Loire	1/5	1 4/5	1/5	16	2/5
Manche	3	2 1/5	3/5	19 2/5	1 1/5
Marne	1 1/5	1 1/5	2/5	2 2/5	1/5
Marne (Haute-)	0	0	0	2/5	2/5
Mayenne	0	3/5	0	5	1/5
Meurthe-et-Moselle	0	3/5	3/5	6	2/5
Meuse	1/5	1/5	2/5	6 1/5	1/5
Morbihan	0	4/5	0	4	1/5
Nièvre	6 4/5	1 2/5	2 1/5	18 2/5	4 2/5
Nord	2 2/5	5 2/5	2	7 4/5	4
Oise	0	4/5	4/5	9 3/5	2
Orne	2/5	2 1/5	0	6 4/5	1/5
Pas-de-Calais	1/5	3 4/5	2/5	6 1/5	1
Puy-de-Dôme	2/5	4/5	2 4/5	4/5	1 1/5
Pyrénées (Basses-)	2 2/5	1 1/5	1/5	21 1/5	1
Pyrénées (Hautes-)	0	4/5	0	8 1/5	1
Pyrénées-Orientales	0	2/5	0	1 2/5	1/5
Rhin (Haut-) (Belfort)	2/5	0	0	4/5	0
Rhône	4/5	2	2/5	1 2/5	8 1/5
Saône (Haute-)	2/5	4/5	2/5	1 3/5	2 1/5
Saône-et-Loire	2/5	1 4/5	1/5	4 2/5	4/5
Sarthe	1/5	2 1/5	0	22 4/5	1/5
Savoie	1/5	0	3/5	2/5	3/5
Savoie (Haute-)	1 1/5	3/5	0	4 1/5	0
Seine	1 4/5	3 1/5	2 2/5	12	2 2/5
Seine-Inférieure	6 4/5	3 1/5	1 1/5	101 3/5	5 3/5
Seine-et-Marne	2/5	1 1/5	3/5	5	2 1/5
Seine-et-Oise	0	2 2/5	1/5	8 2/5	4/5
Sèvres (Deux-)	0	1 1/5	1 1/5	1 1/5	4/5
Somme	1 1/5	1 1/5	1	11 3/5	1 2/5
Tarn	0	3/5	1/5	4/5	3/5
Tarn-et-Garonne	0	2/5	0	1 1/5	0
Var	3/5	0	0	2/5	2/5
Vaucluse	3/5	1/5	1/5	2 1/5	2/5
Vendée	2/5	2 1/5	4/5	3 3/5	3/5
Vienne	0	2/5	1/5	[illegible] 4/5	1 2/5
Vienne (Haute-)	0	1 4/5	1/5	1 4/5	1
Vosges	1	1	1/5	9 3/5	4 4/5
Yonne	1/5	1	2/5	16 2/5	0
Moyennes totales	89 1/5	98 2/5	40 4/5	679 1/5	111
	228 2/5			790 1/5	

En moyenne annuellement 1018 3/5.

Au total 1018 unités perdues pour le service actif par suite du mauvais état de leur bouche et de leurs dents. Devant cette éloquence des chiffres tous commentaires seraient superflus. Je dirai seulement que dans le nombre des 790 jeunes gens versés dans les services auxiliaires en cas de guerre seulement, beaucoup pourraient être incorporés s'ils pouvaient recevoir au corps d'armée les soins du chirurgien-dentiste militaire et faire de bons soldats et de solides sous-officiers ; enfin et surtout, ceux qui ont la vocation militaire pourraient entrer au régiment sans que les soins exigés par leur état grévassent le budget national, puisque les compagnies ont toujours à leur disposition des fonds de roulement utilisables leur permettant quelques extras et pouvant servir amplement à l'achat des instruments, médicaments et produits spéciaux pour la conservation des dents.

Nul doute que ces jeunes gens après avoir quitté l'armée ne soient à leur tour, parmi leurs proches, des vulgarisateurs de l'hygiène dentaire et qu'ils ne fassent connaître dans les classes laborieuses le précieux concours que peut apporter à la santé publique le chirurgien-dentiste.

Bientôt le service militaire en France sera réduit à deux années. Les jeunes gens appartenant aux familles aisées trouveront toujours facilement à faire soigner leurs dents; mais puisque maintenant, chaque année, plus de cent chirurgiens-dentistes sortent de nos Ecoles dentaires il serait possible que ces jeunes gens fussent désignés pour donner, à la caserne ou à l'hôpital militaire, leurs soins éclairés aux dents si délaissées de nos troupiers peu favorisés par la fortune. Ce serait une mesure juste et démocratique aussi utile aux uns qu'aux autres, et nul ne pourrait s'en plaindre.

Et nos jeunes chirurgiens-dentistes à leur sortie du régiment, où souvent ils auraient eu l'occasion de seconder efficacement les médecins-majors, n'auraient rien perdu de leur adresse manuelle, si nécessaire à l'exercice de leur profession ; ils y auraient au contraire gagné en expérience et en habileté.

L. Delair.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Parmi les décorations accordées à l'occasion du 14 juillet par le Ministre de l'intérieur, nous sommes tout particulièrement heureux de relever celle attribuée à M. le Dr Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux et professeur à l'Ecole dentaire de Paris, auquel nous adressons bien cordialement nos plus vives félicitations.

*
* *

Nous relevons aussi la promotion de M. le Dr Cruet, dentiste des hôpitaux et nous serions heureux de féliciter le nouveau légionnaire si nous avions un seul instant l'espoir que le signe de l'honneur attaché à sa boutonnière puisse l'amener à polémiquer avec la courtoisie et avec l'impartialité qui lui ont toujours fait défaut.

Palmes académiques.

Nous apprenons avec plaisir que les palmes académiques viennent d'être conférées à notre confrère M. Monnin, du Mans, auquel nous adressons nos félicitations.

Concours a l'Ecole dentaire de Paris.

Deux concours seront prochainement ouverts à l'Ecole dentaire de Paris pour un poste de chef de clinique d'anesthésie et pour un poste de chef de clinique de chirurgie dentaire.

22e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1902 Vol. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS

NOUVEAU MOYEN POUR OBTENIR LE MOULAGE DES BOUCHES

Par M. P. Poinsot.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 1er juillet 1902).

Au Congrès international dentaire de 1900, nous avions l'honneur de vous présenter des spécimens de modèles de bouches d'une fidélité inconnue jusqu'à cette époque.

Ces reproductions de bouches permettaient aux dentistes de construire des appareils de prothèse dans des conditions telles que l'essayage était inutile sur le prototype naturel ; en effet, les saillies, les dépressions, les formes des dents et de la fibro-muqueuse étaient fidèlement reproduites.

Cette présentation était le résultat de recherches remontant à plus de quinze ans et la Société d'Odontologie de Paris possède dans ses procès-verbaux les relations des premières tentatives qui furent faites et dont la présentation avait été purement théorique ; toutefois ce n'est que

vers 1898 que nous pûmes réaliser la reproduction des bouches par la galvanoplastie d'une manière pratique.

Néanmoins nous avions cherché s'il ne serait pas possible de remplacer ce procédé par un autre de même valeur, mais qui fût plus accessible à tous les praticiens.

Aujourd'hui nous avons l'honneur de vous présenter le résultat de nos recherches et nous sommes convaincu qu'ils sont à la hauteur de nos espérances.

Ces moulages nouveaux sont constitués par des modèles en caoutchouc vulcanisé ; vous constaterez combien ils sont semblables aux moulages obtenus par la galvanoplastie : même perfection dans les détails, grande résistance à l'usure consécutive aux travaux de l'atelier et aux chocs imprévus.

Pour obtenir ces modèles nouveaux en caoutchouc vulcanisé, il importe de prendre l'empreinte de la bouche à reproduire avec du plâtre à mouler : gâcher l'eau sulfatée à 2 o/o l'été, à 2 1/2 o/o l'hiver, dans le plâtre ; après la prise du plâtre dans la bouche retirer le modèle avec art, c'est-à-dire avec le moins de morceaux possible, après un léger séchage ; reconstituer le moule ainsi fragmenté, le faire sécher, après quoi l'on badigeonne le moule en creux avec un petit pinceau trempé dans la solution suivante :

Acétone..............................	100 gr.
Celluloïd	1 gr.

Laisser évaporer afin de permettre à la solution de boucher les porosités du plâtre par une pellicule imperceptible, mais suffisante pour obtenir une surface lisse, et assurer l'adhérence de la solution suivante sur toutes les parties qui sont à reproduire ; cette solution sera placée à l'aide d'un petit pinceau confectionné avec un peu d'ouate fixée à l'extrémité d'une rugine de cabinet.

Voici la formule de la solution :

Chloroforme..	80 gr.
Toluène..	} ââ 10 gr.
Sulfure de carbone	}

Caoutchouc dentaire en petits morceaux, q. s. pour former une masse crémeuse.

Les couches seront appliquées les unes après les autres jusqu'à la réalisation de l'épaisseur désirée ; après quoi il sera possible d'augmenter encore ces épaisseurs par l'addition de petites bandes ou de morceaux de caoutchouc chauffés et appliqués par la spatule.

Le caoutchouc ainsi appliqué sera recouvert d'une bonne épaisseur de plâtre placé dans un moufle avec le porte-empreinte et, après séchage, il sera vulcanisé.

La vulcanisation sera faite selon les lois qui régissent celle des appareils dentaires, c'est-à-dire en raison des épaisseurs.

Après la vulcanisation le moule en plâtre est brisé, le caoutchouc est nettoyé et ébarbé ; puis il est fixé sur une base en plâtre et le résultat est obtenu.

En résumé, ce nouveau moulage permet de constituer le modèle le plus irréprochable connu jusqu'à ce jour, car avec un moule en coutchouc vulcanisé il est possible d'affirmer la réussite complète des appareils de prothèse dentaire ; en effet, si le modèle est parfait, l'appareil le sera aussi et il le sera également dans la bouche du principal intéressé.

Je suis profondément convaincu que notre nouveau procédé sera de nature à rendre de grands services à notre profession et qu'il marquera une ère nouvelle de saine prospérité pour l'art dentaire dans sa partie prothétique.

C'est dans cette pensée que nous sommes heureux de vous faire ce soir cette communication.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

DES MATRICES POUR LES OBTURATIONS PLASTIQUES

Par M. FRANCIS JEAN,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Cette question ne nous semble pas avoir suffisamment attiré l'attention qu'elle mérite quant au perfectionement du procédé et à la vulgarisation de son emploi.

Les premières matrices ont été imaginées et mises en pratique par les Drs Herbst et Levett, dont les travaux à ce sujet nous ont suggéré une modification à cette méthode, excellente en elle-même.

M. Godon, dans son livre de dentisterie opératoire, n'en fait pas suffisamment valoir les avantages, à notre avis du moins, et conclut en disant : « Les plus simples sont les meilleurs ; par exemple une petite plaque de carton ou de celluloïd. » Il est évident qu'en pratique, dans bien des cas, les procédés les plus simples rendent de grands services ; cependant on ne doit pas hésiter à en employer de plus compliqués si, avec un peu plus de temps et de difficultés, on peut approcher davantage de la perfection, qui doit être la préoccupation constante du praticien consciencieux.

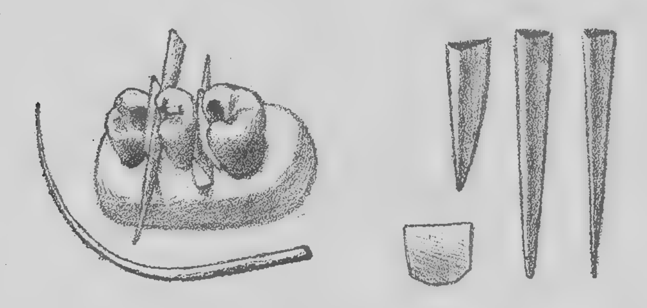
M. Barrié a récemment préconisé l'emploi de bandes minces en acier poli, pour parfaire le contour des sortes d'obturations dont nous parlons aujourd'hui.

Avant d'indiquer notre méthode, il convient d'examiner les cas déterminés qui permettraient une application utile de ce procédé.

Les cavités (pour les molaires petites ou grosses) propres à l'emploi des matrices sont celles qui portent sur les faces triturantes et interstitielles à la fois, c'est-à-dire les cavités corono-mésiales ou corono-distales.

Pour les cavités des dents de bouche, bien que leur restauration soit relativement aisée, il est cependant des caries envahissantes, portant à la fois sur les faces interstitielle et labiale ou linguale, dont l'obturation est considé-

rablement simplifiée par notre méthode. Il ne s'agit ici que des cavités à orifices irréguliers, dont la carie a entamé deux faces en même temps. Des cavités analogues contiguës peuvent également être tributaires de ce procédé ; en tous cas, avec les matrices, nous les transformons en quelque sorte en cavités simples ou centrales.



Si nous voulons représenter une paroi manquante, il est indispensable, bien entendu, que la plaque faisant office de matrice s'adapte aussi exactement qu'il est possible à la face interstitielle de la dent à obturer, et que cette dent à obturer ait une voisine proche.

Les petites plaques de carton ou de celluloïd, simplement serrées entre les dents, sont presque toujours insuffisantes, attendu qu'elles peuvent laisser déborder la matière obturatrice dans la gencive. Ces sortes de cavités s'étendent souvent assez haut vers la gencive pour atteindre le collet de la dent ; quelquefois même elles dépassent celui-ci ; à ce niveau du reste, les petites plaques cèdent toujours plus ou moins. Le même inconvénient est plus marqué pour l'emploi de la matrice dite *en cravate*. Il est identique pour la bande d'acier poli préconisée par M. Barrié.

En effet, la paroi gingivale d'une cavité interstitielle ne se limite pas toujours au bord libre de la gencive.

D'autre part, l'espace interdentaire s'élargit en s'éloignant de la face masticante des dents ; il en résulte une lacune qui nous oblige à un travail considérable pour parfaire l'obturation après son durcissement.

Cette phase de l'opération est difficile et longue pour le praticien et toujours fort pénible pour le patient.

Ces insuffisances pratiques nous ont fait chercher et nous ont amené à un petit perfectionnement qui, nous l'espérons, rendra service au praticien soucieux des améliorations de son art.

Notre système consiste en un coin métallique, triangulaire ou conique, d'épaisseur variable, destiné à appuyer contre la paroi latérale d'une cavité une plaquette mince de maillechort ou de celluloïd transparent.

La plaquette est préparée séance tenante, de façon à dépasser le bord gingival de la cavité ; elle devra être taillée de telle façon que l'antagonisme articulaire ne rencontre pas d'obstacle.

Cette plaquette une fois préparée sera placée entre les dents et appuyée contre celle qui devra être obturée, puis le coin sera inséré entre la plaquette en question et la dent voisine vers la gencive, jusqu'à ce qu'il soit solidement serré et fixé. On choisira, à cet effet, la forme convenable et l'on assèchera à nouveau avant d'obturer.

Quel que soit le genre de plaquette que l'on emploiera, le rôle du coin sera le même dans tous les cas : il appuiera la lamelle matrice dans toute sa largeur, principalement vers le bord de la gencive, et empêchera celle-ci de saigner pendant l'opération.

Cet avantage hémostatique n'échappera à aucun praticien.

Si on le juge à propos, on laissera la petite plaque jusqu'à ce que le durcissement de la matière obturatrice soit complet.

Le maillechort a notre préférence sur tout autre métal, parce qu'il a la propriété de ne pas adhérer au ciment. Il n'y a donc pas de crainte de déranger l'obturation, même si l'on retire l'appareil avant le durcissement complet.

Nous le choisissons en outre à cause de sa rigidité, lorsque, par exemple, nous avons besoin de contourner notre obturation dans un sens quelconque. Nous réservons le celluloïd transparent pour les cas où il est nécessaire de

voir, et lorsque la plaquette métallique nous masquerait une trop grande partie de la cavité. Sa grande souplesse et sa solidité indiquent également son application pour les bandes, si nous le jugeons utile.

Le coin est donc le principal accessoire de notre système, auquel il est indispensable. Dans certains cas, il nous permet de nous passer de la lamelle matrice, par exemple lorsque la cavité à obturer ne s'étend pas trop profondément dans l'interstice vers la gencive.

L'importance de ce coin — et nous insistons sur la nécessité de son emploi — est tellement considérable que là ou bien souvent nous pourrions procéder simplement pour obturer des cavités relativement faciles, nous l'employons sans autre but que de garantir la gencive de l'excès de mastic ou d'amalgame débordant très souvent sans cela dans la gencive.

En somme, l'application de ce système répond à deux préoccupations : faire bien et rapidement, deux avantages précieux pour nos confrères, dont le temps est souvent trop limité et qui désirent cependant effectuer de bonnes obturations.

Il est nécessaire, pour qu'une bonne obturation plastique soit solide, de lui donner une densité aussi grande qu'il est possible. Or, ce procédé des matrices répond à cette préoccupation, puisqu'il permet un foulage énergique et direct des matières adoptées. Notre ciment peut être employé plus épais et notre amalgame plus sec ; nous parlons du foulage direct des matières obturatrices, car cela est d'une grande importance pour la solidité de la masse obturatrice. Le foulage indirect, c'est-à-dire par côté, n'assure certainement pas la même homogénéité.

L'emploi de la matrice a donc pour but de remplacer artificiellement et momentanément une paroi interstitielle manquante à une dent.

Il ne peut être efficace qu'avec le coin dont nous parlons plus haut, et c'est dans l'emploi de celui-ci que consiste exclusivement l'originalité de ce modeste travail.

Grâce à cet emploi, nous simplifions notablement l'exécution des obturations par une matière plastique quelconque pour les raisons suivantes : 1° dans la majorité des cas nous n'avons pas recours à l'écartement préalable des dents ; 2° nous n'avons rien à craindre de l'obstruction, qui peut provenir de la gencive ni du sang qui souvent s'en écoule ; 3° le polissage des obturations faites d'après cette méthode est presque nul.

En résumé, le principal avantage que présente l'emploi de notre coin, c'est de réaliser, avec rapidité d'exécution, un excellent travail.

Néanmoins, comme tout est perfectible, je ne doute pas que l'on ne puisse faire mieux encore en persistant dans cette voie du perfectionnement pratique.

Voir la suite page 130.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 *juin* 1902.

Présidence de M. Roy, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

I. — Procès-verbal.

M. Roy. — Le procès-verbal de la dernière réunion de la Société d'Odontologie n'a pas été publié ; les derniers procès-verbaux publiés sont ceux des séances de février et mars.

Quelqu'un a-t-il des observations à présenter à leur sujet ?

Ces procès-verbaux sont mis aux voix et adoptés.

II. — Correspondance.

M. Roy. — Dans la correspondance, nous avons deux lettres : l'une est de M. L. ; quant à l'autre, qui est de M. Delair, je vous demanderai de vouloir bien en remettre la lecture au moment où je vous ferai une présentation en son nom.

M. Roy. — A la suite de la mise à l'ordre du jour d'une communication de M. Léger-Dorez j'ai reçu plusieurs réclamations émanant de membres de la Société et protestant contre cette mise à l'ordre du jour en s'appuyant sur des réclames publiées dans les journaux politiques par M. Léger-Dorez. On nous communique même un article de ce genre paru dans *Le Journal* de ce jour et qui ne laisse aucun doute à cet égard. En conséquence je vous propose l'ordre du jour suivant :

« La Société d'Odontologie de Paris, considérant les procédés charlatanesques de M. Léger-Dorez, décide de supprimer sa communication de l'ordre du jour et invite son bureau à refuser dorénavant les communications de cet auteur. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

III. — Présentation d'un tableau, par M. Papot.

M. Papot donne lecture de la communication suivante :

Les questions d'enseignement professionnel sont à l'ordre du jour un peu partout en ce moment. Elles tiennent une grande place dans les préoccupations des membres du Conseil de Direction de l'École dentaire de Paris ; elles ont été

abordées tout récemment à la dernière session de la F. D. N., elles sont inscrites au programme des travaux de la F. D. I. qui aura lieu au mois d'août prochain à Stockholm.

Pour être fructueuse, toute discussion sur l'enseignement doit s'appuyer sur des chiffres comparatifs groupés dans un tableau permettant d'un coup d'œil l'appréciation du temps consacré à chacune des branches de cet enseignement.

C'est ce qu'avait parfaitement compris notre maître à tous en ces matières, M. Godon lorsqu'en 1889 il avait dressé pour la première fois un semblable travail. Plus tard, notre président M. Roy, dans son remarquable rapport au Congrès international de 1900 et plus récemment encore M. Godon, dans sa thèse, véritable monument élevé à la gloire de l'École dentaire, nous présentèrent de nouveaux tableaux comparatifs.

De nouvelles améliorations dans l'enseignement étant à l'étude à l'École, le moment paraissait opportun pour dresser de nouveaux tableaux en tenant compte des modifications projetées. Le travail que je viens d'établir a été présenté tout d'abord au Conseil de direction, où il a fait l'objet d'une discussion et d'un renvoi à une Commission spéciale.

J'ai cru bon de le déposer ici, afin qu'il figure dans nos comptes rendus et que, publié dans *L'Odontologie*, il puisse servir de base sérieuse aux discussions que nos délégués se préparent à soutenir aussi bien à Montauban qu'à Stockholm.

Il en résulte que notre enseignement dans ses grandes lignes, défalcation faite des jours de fêtes et de vacances et en ne tenant pas compte des travaux du dimanche, est ainsi divisé :

1re année.........	1549	heures.
2e —	1687	—
3e —	1758	—
4e —	1673	—
Soit en tout......	6667	—

L'enseignement scientifique et médical et l'enseignement mixte comportent :

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Emploi général du temps consacré par scolarité à chaque branche de l'Enseignement

PREMIÈRE ANNÉE

Enseignement	Heures par séance	Heures par période de 4 semaines	Nombre de périodes	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical									
Physique, Mécanique, Radiographie	1	4	9	36					
Chimie	1	4	9	36					
Bactériologie	1	4	9	36					
Anatomie générale	1	4	9	36					
— préparatoire à la dissection	1	4	9	36					
— régionale	»	»	»	» } 216					
Physiologie	1	4	9	36					
Pathologie interne	»	»	»	»					
Thérapeutique et matière médicale	»	»	»	»					
Anesthésie	»	»	»	»					
Droit médical	»	»	»	»					
Mixte Pathologie externe	»	»	»	»		» »			
Technique et spécial Cours préparatoires	1	16	6					96	
Anatomie dentaire	»	»	»					»	
Pathologie dentaire	»	»	»					» } 168	
Thérapeutique dentaire	»	»	»					»	
Dentisterie	1	4	9					36	
Prothèse	1	4	9					36	
Totaux des Cours théoriques				216				168	
						384			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie	»	»	»		»				
— d'histologie	»	»	»		»				
Dissection	3	72	2		144 } 144				
Clinique médicale	»	»	»		»				
— chirurgicale	»	»	»		»				
Mixte — stomatologique	»	»	»				» »		
— d'anesthésie	»	»	»				» »		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires	»	44	6						264
— Démonstrations	1	1	3						3
— Traitements	3 1/2	71 1/2	3						214
Clinique de Chirurgie dentaire	2	8	[illegible]						24
— de prothèse	3	3	3						9 } 1021
Démonstrations de prothèse	1	1	3						3
Clinique de prothèse vélo-palatine	»	»	»						»
Démonstrations de prothèse vélo-palatine	»	»	»						»
Laboratoire de prothèse	3	72	7						504
Totaux des Cours pratiques					144				1021
						1165			
Totaux généraux				216	144			168	1021
						1549			

DEUXIÈME ANNÉE

Enseignement	Heures par séance	Heures par période de 4 semaines	Nombre de périodes	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical									
Physique, Mécanique, Radiographie	»	»	»	»					
Chimie	»	»	»	»					
Bactériologie	1	4	9	36					
Anatomie générale	»	»	»	»					
— préparatoire à la dissection	»	»	»	»					
— régionale	1	4	9	36 } 180					
Physiologie	1	4	9	36					
Pathologie interne	1	4	9	36					
Thérapeutique et matière médicale	1	4	9	36					
Anesthésie	»	»	»	»					
Droit médical	»	»	»	»					
Mixte Pathologie externe	1	4	9			36 } 36			
Technique et spécial Cours préparatoires	»	»	»					»	
Anatomie dentaire	»	»	»					»	
Pathologie dentaire	»	»	»					» } 72	
Thérapeutique dentaire	»	»	»					»	
Dentisterie	1	4	9					36	
Prothèse	1	4	9					36	
Totaux des Cours théoriques				180		36		72	
						288			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie	1	1	9		9				
— d'histologie	1	1	9		9				
Dissection	3	72	2		144 } 189				
Clinique médicale	1 1/2	3	9		27				
— chirurgicale	»	»	»		»				
Mixte — stomatologique	3	6	9				54 } 54		
— d'anesthésie	»	»	»				»		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires	»	»	»						»
— Démonstrations	1	2	9						18
— Traitements	3 1/2	58 1/2	9						526
Clinique de Chirurgie dentaire	2	8	9						72
— de prothèse	3	3	9						27 } 1156
Démonstrations de prothèse	1	1	9						9
Clinique de prothèse vélo-palatine	»	»	»						»
Démonstrations de prothèse vélo-palatine	»	»	»						»
Laboratoire de prothèse	3	72	7						504
Totaux des Cours pratiques					189		54		1156
						1399			
Totaux généraux				180	189	36	54	72	1156
						1687			

TROISIÈME ANNÉE

Enseignement	Heures par séance	Heures par période de 4 semaines	Nombre de périodes	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical									
Physique, Mécanique, Radiographie	»	»	»	1					
Chimie	»	»	»	»					
Bactériologie	»	»	»	»					
Anatomie générale	»	»	»	»					
— préparatoire à la dissection	»	»	»	»					
— régionale	1	4	9	36 } 143					
Physiologie	»	»	»	»					
Pathologie interne	1	4	9	36					
Thérapeutique et matière médicale	1	4	9	36					
Anesthésie	1	4	4	16					
Droit médical	1	2	9	18					
Mixte Pathologie externe	1	4	9	»		36 } 36			
Technique et spécial Cours préparatoires	»	»	»						
Anatomie dentaire	1	4	9					36	
Pathologie dentaire	1	4	9					36	
Thérapeutique dentaire	1	4	9					36 } 144	
Dentisterie	»	»	»					»	
Prothèse	1	4	9					36	
Totaux des Cours théoriques				143		36		144	
						323			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie	»	»	»		»				
— d'histologie	»	»	»		»				
Dissection	3	72	2		144 } 189				
Clinique médicale	»	»	»		»				
— chirurgicale	2 1/2	5	9		45				
Mixte — stomatologique	3	3	9				27 } 63		
— d'anesthésie	3 / 1	3 / 1	9 / 9				36		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires	»	»	»						»
— Démonstrations	1	2	9						18
— Traitements	3 1/2	60 1/2	9						544
Clinique de Chirurgie dentaire	2	8	9						72
— de prothèse	3	3	9						27 } 1183
Démonstrations de prothèse	»	»	»						»
Clinique de prothèse vélo-palatine	2	2	9						18
Démonstrations de prothèse vélo-palatine	3	12	7						84
Laboratoire de prothèse	3	60	7						420
Totaux des Cours pratiques					189		63		1183
						1435			
Totaux généraux				143	189	36	63	144	1183
						1758			

TOTAUX DES 3 PREMIÈRES ANNÉES

Enseignement	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical						
Physique, Mécanique, Radiographie	37					
Chimie	36					
Bactériologie	72					
Anatomie générale	36					
— préparatoire à la dissection	36					
— régionale	72 } 539					
Physiologie	72					
Pathologie interne	72					
Thérapeutique et matière médicale	72					
Anesthésie	16					
Droit médical	18					
Mixte Pathologie externe			72 } 72			
Technique et spécial Cours préparatoires					96	
Anatomie dentaire					36	
Pathologie dentaire					36	
Thérapeutique dentaire					36 } 384	
Dentisterie					72	
Prothèse					108	
Totaux des Cours théoriques	539		72		384	
			995			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie		9				
— d'histologie		9				
Dissection		432 } 522				
Clinique médicale		27				
— chirurgicale		45				
Mixte — stomatologique				81 } 117		
— d'anesthésie				36		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires						264
— Démonstrations						39
— Traitements						1284
Clinique de Chirurgie dentaire						168
— de prothèse						63 } 3360
Démonstrations de prothèse						12
Clinique de prothèse vélo-palatine						18
Démonstrations de prothèse vélo-palatine						84
Laboratoire de prothèse						1428
Totaux des Cours pratiques		522		117		3360
			3999			
Totaux généraux	539	522	72	117	384	3360
			4994			

QUATRIÈME ANNÉE

Enseignement	Heures par séance	Heures par période de 4 semaines	Nombre de périodes	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical									
Physique, Mécanique, Radiographie				1					
Chimie									
Bactériologie									
Anatomie générale									
— préparatoire à la dissection									
— régionale				} 35					
Physiologie									
Pathologie interne									
Thérapeutique et matière médicale									
Anesthésie	1	4	4	16					
Droit médical	1	2	9	18					
Mixte Pathologie externe	»	»	»			» »			
Technique et spécial Cours préparatoires	»	»	»					»	
Anatomie dentaire	1	4	9					36	
Pathologie dentaire	1	4	9					36	
Thérapeutique dentaire	1	4	9					36 } 216	
Dentisterie	1	4	9					36	
Prothèse	2	8	9					72	
Totaux des Cours théoriques				35		»		216	
						251			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie	»	»	»						
— d'histologie	»	»	»						
Dissection	»	»	»						
Clinique médicale	»	»	»						
— chirurgicale	»	»	»						
Mixte — stomatologique	3	3	9				27 } 63		
— d'anesthésie	1	1	9				36		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires	»	»	»						»
— Démonstrations	2	12	9						108
— Traitements	3 1/2	52	9						468
Clinique de Chirurgie dentaire	2	8	9						72
— de prothèse	3	3	9						27 } 1359
Démonstrations de prothèse	»	»	»						»
Clinique de prothèse vélo-palatine	2	4	9						36
Démonstrations de prothèse vélo-palatine	3	12	9						108
Laboratoire de prothèse	3	60	9						540
Totaux des Cours pratiques							63		1359
						1422			
Totaux généraux				35			63	216	1359
						1673			

TOTAUX GÉNÉRAUX

Enseignement	Scientifique et médical – Cours théoriques	Scientifique et médical – Cours pratiques	Mixte – Cours théoriques	Mixte – Cours pratiques	Technique et spécial – Cours théoriques	Technique et spécial – Cours pratiques
THÉORIQUE – Scientifique et médical						
Physique, Mécanique, Radiographie	38					
Chimie	36					
Bactériologie	72					
Anatomie générale	36					
— préparatoire à la dissection	36					
— régionale	72 } 574					
Physiologie	72					
Pathologie interne	72					
Thérapeutique et matière médicale	72					
Anesthésie	32					
Droit médical	36					
Mixte Pathologie externe			72 } 72			
Technique et spécial Cours préparatoires					96	
Anatomie dentaire					72	
Pathologie dentaire					72	
Thérapeutique dentaire					72 } 600	
Dentisterie					108	
Prothèse					180	
Totaux des Cours théoriques	574		72		600	
			1246			
PRATIQUE – Scientifique et médical Laboratoire de Bactériologie		9				
— d'histologie		9				
Dissection		432 } 522				
Clinique médicale		27				
— chirurgicale		45				
Mixte — stomatologique				108 } 180		
— d'anesthésie				72		
Technique et spécial Dentisterie. Cours préparatoires						264
— Démonstrations						147
— Traitements						1752
Clinique de Chirurgie dentaire						240
— de prothèse						90 } 4719
Démonstrations de prothèse						12
Clinique de prothèse vélo-palatine						54
Démonstrations de prothèse vélo-palatine						192
Laboratoire de prothèse						1968
Totaux des Cours pratiques		522		180		4719
			5421			
Totaux généraux	574	522	72	180	600	4719
			6667			

....	1348 h. soit environ	20 o/o.
L'enseignement spécial.....	5319 h. —	80 o/o.
Total égal.....	6667	

L'enseignement pratique comporte :

....	5421 heures.
L'enseignement théorique.....	1246 —
Total égal....................	6667 —

Chaque scolarité est d'environ 216 jours.

La durée moyenne du travail journalier est de 7 h. 3/4.

Je n'insiste pas ce soir sur ces chiffres; vous les comparerez plus à loisir dans *L'Odontologie*, ils n'ont d'ailleurs d'autres mérites que leur minutieuse exactitude.

Discussion.

M. Godon. — J'appelle votre attention sur la communication très intéressante que vient de nous présenter M. Papot. Il a, dans ses travaux d'administrateur général de l'Ecole, calculé d'une manière très complète, très minutieuse, le temps que nous employons à chacun des cours ici, pour nos élèves. Ce tableau doit être vraiment la base de toute discussion sur toutes les questions d'enseignement ; on l'a dit à Cambridge, on l'a dit à Ajaccio, on l'a dit partout lorsqu'on a discuté sur le point de la prédominance de la science médicale et de l'enseignement technique : c'est le temps des études qu'il faut considérer d'abord. On l'a déjà indiqué dans les communications sur cette question ; nous en avons eu quelques-unes de très remarquables comme celle de l'un de nos plus éminents confrères, M. Arkövy, qui s'est beaucoup occupé de ces questions.

On a souvent discuté sur l'importance à donner aux études scientifiques, médicales et techniques. Si ces discussions ont été souvent confuses, c'est qu'elles manquaient de cette base, de cette statistique, de ces chiffres ; nous devons donc, à mon avis, féliciter M. Papot de nous avoir présenté un tableau aussi concis, aussi exact que celui-ci. Je veux vous rappeler qu'en 1889 j'ai eu l'occasion pour le Congrès de faire établir un tableau de ce genre ; j'avais fait une étude comparative des heures de cours chez nous et dans les écoles étrangères européennes; à la suite des discussions qui ont suivi ces travaux, nous avons, l'année suivante, modifié le temps consacré à certains cours. Nous nous sommes aperçus notamment à cette époque qu'ici certains cours médicaux, scientifiques et théoriques ne duraient

pas le même laps de temps que dans quelques écoles étrangères ; nous avons donc pu, en connaissance de cause, apporter de nombreuses modifications. Enfin la discussion intéressante en ce moment-ci, pour ceux qui s'occupent des questions d'enseignement, est la proportion à établir entre le nombre d'heures à consacrer à l'enseignement scientifique et à l'enseignement technique. Tandis que les partisans du doctorat en médecine dans les Ecoles dentaires indiquent, comme M. Arkövy, que la proportion médicale doit être des deux tiers, que l'enseignement technique doit être du tiers, les partisans des Ecoles américaines, qui sont constituées sur les mêmes bases que celle-ci, arrivent à la proportion d'environ le cinquième médical, quatre cinquièmes technique. Vous le voyez, ces discussions peuvent avoir une répercussion au point de vue législatif, lorsque les administrations officielles sont amenées à prendre des décisions à ce sujet. Dans le tableau qui nous est présenté, certains cours appartiennent bien moins à l'enseignement technique qu'à l'enseignement médical, par exemple l'anesthésie, certains cours de stomatologie, la pathologie externe.

M. Siffre. — ...la dissection.

M. Godon. — C'est de l'enseignement médical pratique, mais je parle des cours d'anesthésie, et l'on peut dire qu'ils sont aussi dentaires que médicaux ; ils doivent prendre place sous la rubrique « Cours mixtes » par exemple.

Ce tableau vous servira lorsque vous voudrez établir une proportion pour les trois premières années qui préparent aux examens de la Faculté, et pour la quatrième année qui prépare seulement au diplôme de l'Ecole dentaire. Je signale là quelques considérations générales ; je terminerai par cette conclusion que la première base de toute discussion sur la durée de l'instruction de l'homme, professionnelle ou générale, c'est le temps qu'il doit consacrer à cet enseignement. M. Papot a particulièrement soigné la répartition de ce nombre d'heures et je trouve très utile et très important le tableau qu'il vous présente.

M. Roy. — Ce que vient de dire M. Godon me dispense de vous signaler, comme je pensais le faire, l'importance très considérable pour l'enseignement du tableau dressé par M. Papot. Ce tableau a la plus grande utilité, car nous nous occupons des questions d'enseignement avec autant de souci que des questions scientifiques. Je suis donc votre interprète en remerciant vivement M. Papot du travail qu'il veut bien nous présenter, car, sous cette forme relativement concise, ce tableau a exigé des recherches très prolongées.

La parole est à M. Sauvez.

IV. — Présentation d'un appareil fantome.

M. Sauvez. — Avant de prendre la parole pour la communication que je dois vous faire, je vais vous présenter un petit appareil que j'ai rapporté de la bonne ville de Lyon en voyageant pour la Fédération. J'ai trouvé un appareil « fantôme » qui m'a intéressé ; je crois que l'Ecole dentaire de Paris ne peut que bénéficier d'avoir un appareil semblable. Dans cet appareil les dents sont en place, mais on peut les enlever en tirant fort, et l'on peut s'en servir pour les démonstrations de nettoyage, pour des opérations, pour la mise en position. Comme j'ai pensé qu'il vous intéresserait, j'en ai commandé immédiatement un, dont je fais don au musée et pour l'enseignement.

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un demande-t-il la parole au sujet de cet appareil, qui paraît très intéressant ?

M. Martinier. — Je laisse au président le soin de remercier M. Sauvez de son double don à l'Ecole, mais je crois que cet appareil devrait être mis à l'essai ; je pense en effet qu'il peut servir pour les opérations à pratiquer sur les dents antérieures, incisives et canines ; quant aux prémolaires et surtout aux molaires, je le trouve bien incommode : 1° à cause de la position des maxillaires ; 2° à cause de la rigidité des lèvres et des joues. Les appareils que nous avons sont plus pratiques et nous n'avons qu'à ajouter un peu de digue de chaque côté latéral pour avoir l'écartement des joues ; ils doivent même nous suffire ; toutefois nous pourrions quand même essayer celui-ci pour voir s'il est possible d'obtenir des résultats supérieurs, mais je ne le pense pas, car cette espèce d'entonnoir ne m'inspire pas de confiance.

M. Lemerle. — Au sujet de cet appareil, je serais d'avis que l'on nommât une commission de trois membres chargée d'étudier les différentes opérations que nous pouvons démontrer à nos élèves, et d'en faire un rapport à une prochaine séance.

M. Bonnard. — Cette commission ne peut être nommée que par le Conseil de l'Ecole.

M. Roy. — Ne nous engageons pas dans des discussions qui ne nous concernent pas.

M. Godon. — Je veux profiter de cette occasion pour vous montrer que l'enseignement sur le fantôme en dehors de la bouche du malade s'est généralisé dans toutes les Ecoles. Au Congrès et l'année dernière on nous a présenté des travaux de première année faits sur des appareils fantômes ; à la dernière session de la Fédération j'ai présenté des travaux que nous avions faits de la même façon. Nous avons pu voir ainsi que plusieurs écoles faisaient de l'enseignement

sur le fantôme. Cet enseignement en dehors de la bouche est inspiré par un sentiment humanitaire, qui consiste à ne pas faire travailler un élève inexpérimenté sur le malade aux dépens de ses gencives et de ses dents ; c'est un principe appliqué en grande chirurgie, et chez nous aussi dans notre enseignement.



C'est au Conseil de l'Ecole à décider à quoi pourra servir cet appareil. On vous a dit qu'il était difficile de le juger ainsi ; nous ferons cependant quelques critiques : les joues et l'articulation sont rigides ; il est difficile de faire travailler les élèves sur le modèle parce que la mâchoire ne peut pas prendre deux positions différentes, c'est-à-dire ne peut nous donner ce que nous avons avec notre appareil fantôme actuel. Cet appareil entre les mains des professeurs, dans certaines conditions, pourra très bien servir pour certaines démonstrations, mais

pour les élèves, nous avons encore grand intérêt à nous servir de l'appareil que nous possédons et qui est employé à l'Institut dentaire de Vienne. Je vous rappelle aussi l'appareil de M. Lemerle fils, qui pour certaines démonstrations sur le cadavre est bien indiqué.

V. — De l'emploi de l'extrait des capsules surrénales en art dentaire.

M. Sauvez donne lecture d'une communication sur ce sujet *(Voir n° du 30 juillet)*.

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

M. Blatter. — Je n'ai rien à ajouter au remarquable historique de M. Sauvez ; toutefois il a omis le nom de M. Pettit. Ce savant fut le premier qui constata par des expériences de laboratoire l'action physiologique vaso-constrictrice des capsules surrénales et fit entrevoir leurs propriétés hémostatiques.

Je tiens à vous faire connaître que je me suis occupé de l'emploi des capsules surrénales en art dentaire; il y a environ un an, dans cette Ecole je les ai employées comme hémostatique, mais aussi comme agent thérapeutique de la pulpite aiguë et de l'arthrite alvéolo-dentaire.

Je fus appelé en juin, l'année dernière, auprès d'une enfant atteinte d'une hémorragie dentaire ; il y avait 48 heures que l'écoulement sanguin persistait, malgré les agents hémostatiques employés ; je fis l'application de la poudre d'extrait de capsules surrénales et l'hémorragie cessa. Depuis lors, je porte toujours sur moi un petit flacon de cet extrait.

Étant de service à l'Ecole, un élève m'appela auprès d'une malade souffrant d'une pulpite aiguë d'une grosse molaire inférieure droite ; dans la cavité de la carie, un bourgeon de gencive faisait hernie, saignant au moindre contact, ce qui alarmait l'élève. Pour combattre cette petite hémorragie fort gênante, j'employai l'extrait de capsules surrénales. Quel ne fut pas mon étonnement : les douleurs de la pulpite disparurent avant la cessation même de l'hémorragie ! Plusieurs élèves et moi-même nous avons renouvelé cette expérience avec succès, ainsi que le témoignent plusieurs observations que je possède.

J'ai également employé en injections intra-dermiques l'extrait glycériné de capsules surrénales contre la périostite alvéolo-dentaire ; avec grande prudence, j'ai injecté quelques gouttes de la solution (injection douloureuse), la muqueuse blanchit, puis la douleur à la percussion disparut et l'extraction fut exsangue.

Je vous cite ces faits cliniques ; il y a encore beaucoup d'empirisme, mais je suis convaincu que, si nous cherchons ensemble, nous arri-

verons à des résultats parfaits. Il y a là un travail intéressant à faire.

M. Touvet-Fanton. — Quand j'ai demandé la parole, M. Blatter ne l'avait pas encore prise. Or, je voulais précisément attirer votre attention sur les effets thérapeutiques du nouveau produit dans les cas de congestion, de pulpite, de périostite et n'est-ce pas en effet en grande partie par ses propriétés vaso-constrictrices qu'agit dans ces cas la cocaïne? Il était donc tout naturel de comparer les deux médicaments, différents au point de vue de leurs propriétés semblables.

M. Blatter a contrôlé pratiquement ce qui n'était d'une part qu'une simple vue de l'esprit. Je n'insiste donc plus.

M. Bonnard. — La solution se fera-t-elle à 5 o/o ?

M. Sauvez. — A 5/1000.

M. Friteau. — J'ai employé l'extrait de capsules surrénales à l'Ecole, je l'ai employé aussi dans mon cabinet pour des extractions multiples, et l'hémorragie qui se produit après l'extraction a été arrêtée immédiatement.

M. Godon. — Je voulais confirmer ce que vient de nous dire M. Blatter au sujet de l'époque à laquelle il a employé l'extrait des capsules surrénales ; c'est l'année dernière, je crois, qu'il m'a parlé d'une expérience qu'il avait faite sur un malade, et il m'a montré notamment le petit flacon en question qu'il avait toujours dans sa poche.

M. Roy. — Je suis heureux de la communication dont M. Sauvez vient de nous donner lecture. Ce médicament nouveau paraît appelé au plus grand avenir. L'intéressante observation de M. Blatter vient renforcer encore les conclusions de l'excellent travail de notre confrère Sauvez. Mais permettez-moi de vous signaler à ce propos un point particulier : il est nécessaire, lorsqu'on parle d'un médicament nouveau, d'indiquer après ses avantages les accidents qui peuvent survenir par son emploi. Un médecin des Etats-Unis, ayant à faire l'année dernière une opération nasale, insuffla dans le nez du malade, comme il avait l'habitude de le faire, de la poudre de capsules surrénales. Peut-être, dit-il, en avait-il mis un peu plus que de coutume, mais le lendemain il constatait un œdème notable du voile du palais et des amygdales, le surlendemain des ulcérations des amygdales et du voile du palais qui mettaient ensuite un certain temps à se guérir. Relatant ce cas, l'auteur ajoutait que cet accident était dû probablement à l'action vaso-constrictrice du médicament ; c'est fort possible, car les vaisseaux sont extrêmement contractés par l'extrait de capsules surrénales, la circulation se trouve donc ralentie, supprimée presque complètement ; aussi au cas où l'on emploierait ce médicament en injections, devrait-on prendre des précautions. J'ai cru bon de vous rappeler qu'un emploi trop copieux de la poudre de capsules surrénales peut amener des accidents. D'après les très intéressantes expériences de M. Blatter à la séance du 27 mai dernier sur la pulpite et

celles de M. Rozenbaum sur l'adrénaline, nous sommes en présence d'un médicament nouveau appelé à rendre les plus grands services. Je remercie donc vivement M. Sauvez de sa communication de ce soir.

M. Godon. — Ce n'est pas sur la communication, c'est à propos de la communication que je veux appeler votre attention sur un fait intéressant pour notre Ecole et sur l'incident qui a amené M. Blatter à découvrir combien l'emploi de l'extrait de capsules surrénales peut rendre de grands services.

C'était un dimanche matin, je crois ; une maman, affolée de l'accident arrivé à son enfant, envoya partout, on vint chez moi, puis on alla également chez Sauvez, qui était avec moi à Cambridge, enfin, en désespoir de cause, on se dit : il faut aller à l'Ecole dentaire et c'est à l'Ecole dentaire qu'on trouva le soulagement, le traitement et la guérison de ce pauvre enfant. Voilà, à ma connaissance plusieurs faits de ce genre qui se produisent : des malades trouvent le dimanche matin, à l'Ecole dentaire, le soulagement à leurs maux, alors que ce jour-là la plupart des dentistes sont absents de leurs cabinets.

VI. — Dons au musée.

1° *Don de M. Delair.*

M. Roy. — Notre excellent confrère M. Delair m'a adressé la lettre suivante (il en donne lecture et ajoute) :

Voici les appareils de prothèse vélo-palatine que M. Delair offre à l'École. Je me suis empressé de lui adresser une lettre dans laquelle je lui dis que je crois être votre interprète en le remerciant avant la séance, remercîments que vous ratifierez, j'en suis sûr. Il a envoyé des appareils fort bien faits que nous aurons occasion de voir, car je ne crois pas nécessaire de les faire passer ce soir, puisque M. Delair m'a prévenu, d'autre part, qu'il était disposé à faire une démonstration intéressante à une très prochaine séance, à laquelle, je l'espère, vous assisterez tous. Je vous signale surtout les expériences d'orthophonie dont M. Delair parle dans sa lettre. Ceux qui ont eu la bonne fortune d'assister à la séance de démonstrations du 27 mai ont vu M. Delair nous présenter un malade muni d'un de ses appareils, auquel il fait faire des exercices d'orthophonie, par une méthode particulière.

Ce n'est pas tout de faire un appareil parfait, le plus difficile c'est de faire parler le malade. Or, par des exercices gradués, dont il m'a remis quelques spécimens, M. Delair arrive à ce résultat. Vous avez pu voir à la séance du 27 mai cette femme parler d'une façon inintelligible sans appareil et, munie de l'appareil, parler d'une façon très compréhensible ; nous avons été absolument émerveillés. Ce sera certainement une des choses les plus remarquables qui seront présentées au Congrès de Montauban. La malade que M. Delair doit pré-

senter ne parle pas encore d'une façon parfaite, mais il espère qu'à ce moment-là elle parlera tout à fait bien.

Je vous signale aussi la sollicitude bienveillante avec laquelle M. Delair soigne ses malades, la délicatesse qu'il met dans ses rapports avec eux. Une chose particulière également : il a composé lui-même de petites poésies qui sont fort bien faites et empreintes d'un profond sentiment de commisération pour les malheureux ; tout cela est vraiment touchant. Je crois, n'est-ce pas, que vous serez unanimes à remercier cet excellent confrère du don qu'il veut bien faire au musée, à le remercier également de bien vouloir venir nous faire la présentation que je vous ai annoncée pour le mois prochain.

M. Martinier. — Je vous demande de prendre la parole après M. le président, parce que je crois qu'il faut profiter de l'absence de M. Delair pour dire de lui tout le bien que nous pouvons en penser. Nous avons assisté à ses démonstrations d'orthophonie, nous avons vu un homme qui nous a charmés par sa persévérance, par son habileté, par la bonté qu'il a pour ses malades, enfin par la ténacité qu'il met à obtenir un résultat parfait. Ses appareils sont fort bien faits; il nous a prouvé une fois de plus ses capacités manuelles. Mais c'est surtout le clinicien et l'homme de bien que je veux faire ressortir ce soir, le clinicien qui a su faire une œuvre complète en créant, après mille tâtonnements, ces appareils, et qui, trouvant encore sa tâche inachevée, s'est fait l'instituteur de ses malades. Il a tenu, en effet, à leur apprendre par sa méthode à s'en servir d'une manière complète afin qu'ils en tirent les résultats fonctionnels ultimes. Indépendamment de ce que je vous disais de la bonté de M. Delair et de l'admiration que j'ai pour ses travaux prothétiques, il faut envisager son but humanitaire : je ne saurais trop dire combien je l'admire dans l'œuvre qu'il a entreprise, combien elle est louable, à mon avis. *(Applaudissements.)*

2° *Don de M. Blatter.*

M. Blatter présente un moulage en cire colorié d'un cas de kyste du maxillaire qui a été opéré à la clinique de Stomatologie et présenté par M. Roy à la séance du 27 mai. Il ajoute :

Ce modèle n'est pas mon œuvre absolue : l'application de la cire a été faite par un élève de l'école qui s'appelle Marchand, et qui se met à l'entière disposition de la Société pour vous faire des modèles semblables.

M. Roy. — Je suis très heureux que ce modèle ait été exécuté par un de nos élèves, car il reproduit d'une façon absolument parfaite le cas que j'ai présenté.

VII. — UN MÉDICAMENT NOUVEAU, PAR M. CATTON.

M. Roy. — Nous avons une communication de M. Catton sur un médicament nouveau ; l'auteur de cette communication n'étant pas là, M. Touvet-Fanton va nous en donner lecture.

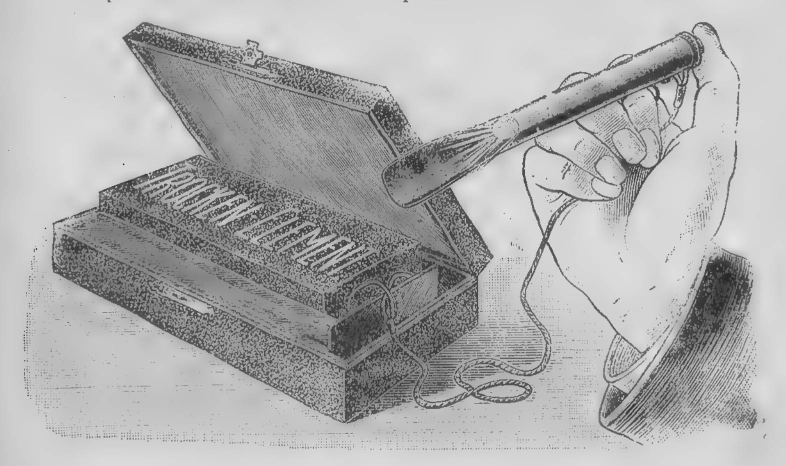
M. Touvet-Fanton donne lecture de la communication de M. Catton (*V. n° du* 15 *juillet, p.* 15).

VIII. — Présentation d'une lampe électrique par la maison Tournayre et Loferhoff.

La Lampe Électrique « Küsgen » est portative et de dimensions restreintes et d'un poids très réduit (850 gr., 190 m/m., 105 mm., 45 mm.).

Elle est munie d'un réflecteur spécial (instantanément démontable) dont l'introduction dans la bouche neutralise les mouvements de la langue.

Elle est toujours prête à fonctionner, d'un usage facile et pratique, elle donne une lumière intense; une légère pression sur le bouton de contact placé à son extrémité suffit pour la mettre en marche.



La « Pile sèche Küsgen », d'une très longue durée, fournit un courant d'une exceptionnelle régularité.

Cette lampe se compose d'une pile sèche (cette lampe est brevetée), elle peut durer de 15 à 18 heures ; l'appareil complet avec la pile coûte 35 francs, la lampe de rechange 2 fr. 50, l'appareil a l'avantage de ne pas chauffer.

M. Touvet-Fanton. — Il nous reste à savoir si cet appareil peut durer le temps qu'on lui prête, ce qui serait parfait. On nous en a présenté déjà malheureusement beaucoup dont la durée n'atteignait pas le quart du temps annoncé.

M. Roy. — On assure qu'il n'y a pas de déperdition d'électricité.

La séance est levée à 11 h. 45.

Le secrétaire général, Touvet-Fanton.



REVUE DE L'ÉTRANGER

CONGRÈS DENTAIRE DE SAINT-GALL

Par A. Thioly-Regard D. E. D. P.

A l'occasion de sa 17e Assemblée générale annuelle, la Société odontologique suisse s'est réunie les 7, 8 et 9 juin à Saint-Gall, sous la présidence de M. le Dr Th. Frick, avec la participation de 80 membres.

Selon la coutume, la séance administrative, réservée aux sociétaires, a été tenue la première, le samedi 7 juin, à 4 h. 30 de l'après-midi, au Schützengarten.

Les nouveaux statuts ont été approuvés, ils contiennent surtout quelque changement à propos du Comité, qui (à l'exception du Président) sera dorénavant élu en bloc, et dont les charges seront départies en réunion du Comité. Au lieu d'un premier secrétaire et d'un vice-secrétaire, il y aura dorénavant un secrétaire allemand et un secrétaire français.

M. Hafner jeune n'ayant pas accepté une nouvelle réélection, car il est déjà administrateur de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie,* le nouveau Comité est composé comme suit :

Président :	MM. Th. Frick, de Zürich.
Vice-président :	P. Guye, de Genève.
Secrétaire allemand :	E. Gerster, de Berne.
Secrétaire français :	A. Thioly-Regard, de Genève.
Trésorier :	A. Steiger, de Lucerne.
Membres adjoints :	T. Fæsch, de Bâle.
	A. Colland, de Saint-Gall.

MM. W. Mayer, de Saint-Gall et A. Raymond, de Lausanne, sont nommés vérificateurs des comptes.

Neuf candidats étant admis, la Société compte actuellement 158 membres.

M. le Dr F. Kollbrumeer, de Winterthur, remplace M. le Dr A. Senn pour la rédaction allemande de l'organe de la Société : la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie.* La nouvelle Société odontologique vaudoise et le syndicat des médecins-dentistes de Genève font officiellement annoncer leur fondation.

Diverses propositions sont également présentées : M. Brodtbeck, de Frauenfeld, demande l'appui de la Société odontologique suisse pour qu'une enquête soit faite afin d'obtenir que l'exercice de l'art dentaire ne soit pratiqué que par des personnes autorisées et en possession de titres et de diplômes indispensables.

Après discussion, l'Assemblée décide qu'une enquête sera faite et qu'un recours sera présenté aux autorités par une Commission spéciale composée du Comité et de cinq sociétaires : MM. A. Brodtbeck, de Frauenfeld ; W. Mayer, de Saint-Gall, Miller, de Saint-Gall ; A. Neidthardt, de Saint-Gall ; H. Schmid, de Glaris.

Sur l'invitation des médecins-dentistes de Berne la prochaine assemblée générale est fixée dans cette ville en mai 1903.

Le même soir à 8 h. 1/2, les sociétaires prenaient part à une réunion familière organisée au Löchlebad.

Le dimanche matin 8 juin à 8 h. 1/4 le Dr G. *Rolland*, de Bordeaux, commence la série des démonstrations et des conférences inscrites au programme ; à l'aide du somnoforme, il se dispose à produire l'anesthésie générale sur plusieurs patients qui réclament l'extraction de dents gâtées dont ils souffrent.

Auparavant, il expose la façon de procéder pour établir la compresse-masque formée d'un mouchoir plié longitudinalement en quatre en ayant soin d'y intercaler une feuille de papier d'une surface égale à un pli et rabattant les deux chefs du mouchoir, puis les angles, il obtient ainsi un cornet en forme d'entonnoir maintenu par une épingle à nourrice ou une pince-fixatrice. A la pointe du cornet, une boulette de coton reçoit le liquide anesthésique, environ 5 grammes de somnoforme.

L'application de la serviette est en général de 40 à 60″ et la durée de la narcose d'une minute.

Avant de procéder à l'anesthésie, il donne de très intéressantes considérations qui seront reproduites plus loin, lors du compte rendu de sa conférence.

M. le Dr Rolland endort successivement :

1°) Une femme, âgée de 28 ans, 5 grammes de somnoforme sont utilisés, une légère attaque hystéro-nerveuse se déclare, deux dents sont enlevées sans douleur.

2°) Une femme, âgée de 48 ans, plusieurs dents sont à extraire ; elle est endormie une première fois avec 5 grammes de somnoforme, il lui est possible de lui enlever dix dents et racines, endormie une seconde fois, 3 grammes suffisent pour permettre d'extraire cinq autres dents ; dans les deux narcoses, malgré quelques cris et plaintes, l'anesthésie a été complète.

3°) Un homme de 35 ans demande qu'on le débarrasse de dix-neuf dents cariées et racines ; il déclare avoir pris un peu de café au

lait. Il est anxieux, agité, une plus forte proportion de somnoforme est nécessaire pour obtenir la résolution musculaire. Ce sujet est anesthésié plusieurs fois de suite, à chaque reprise de narcose, il lui est extrait quelques dents. Chaque réveil est précédé d'une courte période de débat et de défense, ce qui n'a rien d'étonnant vu le milieu, le grand nombre de dents, leur solidité et les conditions désavantageuses dans lesquels l'anesthésie est pratiquée.

4°) Une femme de 33 ans est endormie successivement trois fois, pour lui extraire plusieurs dents.

M. le Dr Nieriker, H. de Zürich, présente un nouveau masque élastique pour inhalations de chlorure d'éthyle, formé de deux doubles de flanelle dont le coin supérieur est ouvert pour permettre l'introduction du chlorure d'éthyle à l'aide d'un petit entonnoir en verre ; le coin opposé inférieur a sa place tout indiquée sur le menton ; aux deux coins latéraux sont fixés des cordons élastiques qui embrassent la tête de façon à maintenir le masque en laissant à l'anesthésiste la liberté de ses deux mains. A l'intérieur, entre les parois, une armature métallique, flexible, écarte ces parois, formant ainsi un intervalle dans lequel se développent les vapeurs anesthésiques, en même temps elle recourbe en arrière les coins latéraux qui s'appliquent sur les joues, laissant ainsi un espace vide dans lequel le nez se loge à l'aise sans être comprimé.

M. Nieriker utilise ce masque pour anesthésier avec le chlorure d'éthyle plusieurs personnes qui se font débarrasser de quelques dents cariées.

1°) Jeune femme de 19 ans, endormie successivement deux fois ; application du masque en moyenne 20″, durée de l'anesthésie 45″. La narcose s'établit tranquillement et le réveil s'opère très vite.

2°) Femme de 22 ans anesthésiée avec 5 grammes de chlorure d'éthyle ; application du masque 1′ 5″, durée de l'anesthésie 1′. Réveil spontané ;

3°) Jeune homme de 16 ans anesthésié en 50″ avec 2 gr. 1/2 de chlorure d'éthyle ; plusieurs dents et racines sont opérées ;

4°) Dame de 25 ans anesthésiée dans les mêmes conditions, trois dents sont extraites ;

5°) Jeune dame de 24 ans, extraction de huit dents, plaintes et cris ;

6°) Femme de 26 ans, plusieurs extractions ; anxiété et cris ;

7°) Jeune femme de 23 ans, extraction de quatre dents, bon résultat, anxiété au début.

M. Brodtbeck, de Frauenfeld, avec des doses minimes de chlorure d'éthyle, procède également à l'anesthésie générale, à l'aide du masque modifié de Schönemann. Dans un des précédents congrès, il avait déjà attiré l'attention sur la possibilité de produire une anes-

thésie générale avec de très petites doses de chlorure d'éthyle. L'idée lui en était venue par hasard un jour que, pour endormir une cliente, ayant déjà appliqué le masque, il s'aperçut que le tube de chlorure d'éthyle dont il voulait se servir était vide, il retira le masque et courut au laboratoire chercher un autre tube; lorsqu'il revint vers le fauteuil, à son grand étonnement, il constata que sa malade était anesthésiée et put opérer sans douleur. Depuis ce moment, profitant de cette observation, il continua les expériences avec les résultats les plus probants. Il y a un phénomène de suggestion très visible, mais qui ne peut s'expliquer. Il anesthésie deux jeunes femmes; la première, âgée de 20 ans, est endormie en 45″, avec moins de deux grammes de chlorure d'éthyle, la narcose dure 40″. Huit dents peuvent être extraites sans la moindre manifestation de douleur.

La seconde femme, âgée de 25 ans, est endormie avec 3/4 de grammes de chlorure d'éthyle. Extraction sans douleur de trois dents.

M. Frick, président, remercie bien vivement les trois anesthésistes pour les intéressantes expériences de narcose qu'ils viennent de pratiquer, il déclare ouvrir la discussion en faisant remarquer que M. le Dr Rolland fera le lendemain matin sa conférence sur le somnoforme.

M. Seitz, de Constance, déclare que c'est avec le plus grand intérêt qu'il a suivi les procédés anesthésiques qui viennent d'être présentés, étant lui-même un de ceux qui depuis le début de l'emploi du chlorure d'éthyle pour l'anesthésie générale ont eu l'occasion de s'en servir plusieurs centaines de fois. La narcose provoquée par M. Nieriker est bien réellement de l'anesthésie générale; grâce à son masque perfectionné les résultats sont excellents et des plus concluants, tandis que M. Brodtbeck obtient l'insensibilité par la suggestion; ce dernier parle au client, cherche à le persuader qu'il ne sentira rien, et par le fait qu'il a gagné sa confiance avant l'application du masque, celui-ci est déjà au 3/4 insensible.

M. Seitz indique les conditions générales qui font du chlorure d'éthyle le meilleur des anesthésiques; il est facile à administrer, il n'est pas désagréable à respirer et même chez les alcooliques, la période d'excitation n'existe pas ou n'est pas intense. Il compare les différentes statistiques des accidents déterminés par le chloroforme, l'éther, le bromure d'éthyle et le chlorure d'éthyle, il fournit ainsi la preuve de l'incontestable supériorité de ce dernier sous le rapport de la sécurité.

M. le professeur Billeter est également un partisan convaincu de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle préférablement à toute autre substance, c'est un agent narcotique des plus précieux pour les médecins-dentistes; il félicite M. Nieriker des importants

perfectionnements qu'il a apportés dans la confection de son masque qui permet d'embrasser d'une manière parfaite le visage, tout en rendant possible le maximum d'arrivée des vapeurs anesthésiques aux orifices nasals.

Quant à l'anesthésie par suggestion présentée par M. Brodtbeck, on peut bien dire qu'elle est idéale, elle demande une dose beaucoup moindre de substance narcotique, l'organisme n'en est pas imprégné et surtout, en considérant la confiance que le client a pour l'anesthésiste, il existe moins de danger.

M. L. Guillermin, de Genève, dans un intéressant rapport sur la Fédération dentaire internationale, s'applique à mettre en lumière le rôle, l'esprit et l'action de cette nouvelle puissance professionnelle. Il fait ressortir la nécessité pour les médecins-dentistes suisses de conserver le contact avec les praticiens des autres pays. Les questions soulevées dans les diverses commissions, des Congrès, de l'enseignement professionnel et de l'hygiène dentaire ne doivent pas les désintéresser, mais doivent au contraire être prises en sérieuse considération. En effet, outre l'hygiène dentaire qu'il serait de toute importance d'imposer par un mouvement de propagande dans l'école, dans l'armée, dans les fabriques, dans le peuple, il y a également le problème de l'instruction professionnelle qui réclame une solution qu'il faudrait trouver la plus générale possible. Enfin ce rapport rend compte des travaux de la Fédération et des réunions du Conseil exécutif tenues à Paris, à Londres et à Cambridge en 1900 et 1901.

La lecture de cette communication donne lieu à une discussion des plus nourries, à laquelle prennent part MM. Guye, Frick, Rolland, Kollbrumeer, Senn et Billeter, et dont il résulte l'impression que la Société odontologique suisse n'entend pas rester à l'écart mais au contraire s'intéresse vivement à l'étude des questions débattues au sein de la Fédération dentaire internationale.

Il est donc à désirer que les relations qui ont été nouées avec les représentants autorisés de la corporation soient continuées.

Il est à considérer que la question de l'enseignement dentaire est une des plus importantes ; aussi les médecins-dentistes doivent-ils se consulter et se mettre d'accord au sujet de cet enseignement, en indiquant jusqu'où doit être poussée la partie médicale spéciale, sans négliger l'instruction professionnelle qui est la condition essentielle de l'art dentaire.

M. Guillermin ne pouvant se rendre à la prochaine assemblée de la Fédération qui se tiendra à Stockholm en août 1902, l'assemblée décide de laisser au Comité le choix d'un ou deux délégués pour représenter la Société odontologique suisse à cette réunion.

M. le D[r] Stoppany, professeur à l'Ecole dentaire de Zurich, pré-

sente une patiente opérée depuis quelques mois, à cause d'un sarcome, d'une résection du maxillaire inférieur gauche ; cette malade a été adressée à l'Ecole de Zurich par M. Brugger, de Kreuzlingen, qui, gravement malade, n'a pu se charger de ce cas.

Comme il n'y a pas eu de pose immédiate d'appareil, le tissu cicatriciel a produit une déformation atrophique ; une pièce de prothèse du bas, sur laquelle est fixé un plan incliné qui vient glisser sur les côtés d'un appareil en caoutchouc adapté à la mâchoire supérieure, corrige en grande partie la difformité.

M. le Dr Billeter fait remarquer que, si la prothèse dentaire rend des services signalés en concourant à la réfection des organes dentaires disparus, c'est surtout lorsqu'il s'agit de restaurations maxillaires qu'elle est vraiment merveilleuse ; en effet lorsqu'une lésion organique ou un accident a fait une brèche étendue aux os maxillaires et aux tissus de la bouche, quelle joie doivent avoir ces malheureux qui, grâce à cette prothèse peuvent parler, se nourrir, en un mot vivre normalement. Notre collègue Brugger a été dans ce domaine un véritable bienfaiteur ; beaucoup de déshérités ont eu recours à sa science, et souvent quand ils étaient indigents, le travail a été fait à titre gracieux. Nous avons eu maintes fois l'occasion dans nos Congrès d'admirer son habileté technique ; en outre tant que les circonstances le lui ont permis, il a été un membre de la Société odontologique suisse assidu à ses séances ; aujourd'hui, terrassé par un mal incurable, il gémit sur un lit de désolation, qu'il ne quittera plus que pour entrer dans le repos. C'est dans cette triste pensée que le Dr Billeter, vu l'urgence, prie exceptionnellement les sociétaires de nommer M. H. Brugger membre honoraire et de lui en télégraphier la nouvelle.

M. Seitz, de Constance, appuie cette proposition, qui est adoptée à l'unanimité.

M. le Dr E. Müller, de Wädensweil, déçu par l'aspect peu favorable d'un amalgame ou d'un ciment d'une dent fortement cariée, ainsi que par l'inconvénient de voir en particulier le ciment se dissoudre au contact de la salive, propose de recouvrir certaines de ces obturations par une cape, demi-bague ou demi-anneau en or, maintenus par un ancrage formé d'un crampon soudé à l'intérieur de la cape et cimenté dans une cavité forée au centre de l'obturation. Il montre un travail de ce genre pratiqué sur 3 dents dans la bouche d'un jeune patient qui se prête de bonne volonté à l'examen.

M. A., Thioly-Regard de Genève, sous le titre d'insuffisance phosphatique, donne lecture d'une notice dans laquelle, après avoir souligné l'action nocive de l'alcool sur les cellules de l'organisme, il analyse l'importante communication du Dr Bunge, professeur de physiologie à l'Université de Bâle, sur l'impuissance des femmes à allai-

ter déterminée par l'alcoolisme et les rapports de cette dégénérescence avec la carie dentaire. Puis ayant relaté quelques observations de déchéance dentaire chez des alcooliques, par exemple le nanisme des os maxillaires et fait observer la perversion que les boissons contenant de l'alcool font retentir sur la nutrition calcaire des dents, sachant que l'alcool est un toxique qui rend inassimilables le phosphate de chaux, le fer, etc., il conclut que la carie des dents résulte d'une alimentation vicieuse.

M. Frick se trouve d'accord avec ces conclusions, puisque lui-même, lors du Congrès dentaire international de Paris, a présenté une communication sur le désavantage, au point de vue des dents, de l'allaitement artificiel, le lait des animaux ne pouvant remplacer le lait maternel. Le grand nombre d'observations qu'il a faites à ce sujet. lui a permis de conclure que c'est au détriment de l'enfant et de ses dents que la femme moderne, soit par mode, par nécessité ou par impuissance, remplace sa bienfaisante mamelle par un biberon.

M. L. Guillermin croit aussi que le lait humain doit toujours être préféré au lait stérilisé, car ce dernier ne renferme pas les substances nutritives nécessaires au développement du nourrisson ; pour ce qui concerne la théorie de l'alcool comme agent de stérilité de la glande mammaire, vu la notoriété du Dr Bunge, elle est parfaitement admissible. La relation de l'alcoolisme avec le nanisme osseux est également certaine, il a pris tout récemment connaissance d'une brochure de M. le Dr Galippe, qui, entre autres, donne le croquis d'un cas d'entassement des dents avec position anormale par défaut des os maxillaires, observé chez un enfant issu de parents alcooliques.

M. le Dr G. Rolland dit qu'au point de vue de l'absorption de l'alcool sous une quelconque de ses formes et en quelque infime quantité que ce soit, c'est un empoisonnement lent ou rapide qui s'accomplit. L'alcool n'agit pas autrement dans l'organisme que dans les laboratoires, où son pouvoir de déshydradation est employé pour la conservation des pièces anatomiques. C'est ainsi qu'il agit sur le sang, sur l'organisme, dont il dessèche l'élément cellulaire, produisant une surexcitation plus ou moins intense au début, puis une dépression inverse.

Les phénomènes de l'alcoolisme sont de même ordre que ceux de l'anesthésie, — excitation, puis dépression, — il donne l'exemple de Stéphane, le coureur, qui à Bordeaux tenta de battre un record qu'il avait établi lui-même, et qui, dans l'action, pour avoir bu un ou deux verres de cognac, fut obligé de se retirer.

M. le Dr Rolland ajoute que l'allaitement artificiel par le lait des animaux présente des inconnues dans sa teneur qui échappent à l'investigation des chimistes et des microbiologistes ; ainsi le lait

élaboré pour un ruminant, un herbivore ou un carnassier doit par quelque chose que l'on ne connaît pas ne pas s'appliquer complètement à la nourriture de l'homme. Donc la mère devrait nourrir son enfant et pour cela se mettre dans les meilleures conditions, se soustraire à toutes les influences déprimantes, alcoolisme, etc., etc... — Le lait stérilisé ne donne pas à l'enfant une nourriture aussi parfaite qu'on l'a cru, car, pour détruire les germes morbides contenus dans le lait, il a aussi fallu en détruire les principes vitaux; ceci échappe encore à l'examen scientifique, mais le principe vital est un élément qui se transmet des uns aux autres, particulièrement par le lait vivant que la mère donne à son enfant.

Le temps a marché, il est près d'une heure lorsque la séance est levée; heureusement que la grande salle des fêtes où doit avoir lieu le banquet officiel, se trouve à proximité, et bientôt les convives peuvent faire honneur à un succulent menu.

Au dessert, M. le Dr Frick, après avoir parlé en termes chaleureux de Saint-Gall et avoir remercié les médecins-dentistes Saint-Gallois pour leur aimable réception et la bonne organisation du Congrès, porte le taost à la Patrie.

MM. Mayer, de Saint-Gall et Fetscherin, de Berne prononcent encore deux excellents discours, puis les congressistes se rendent à la gare du funiculaire de Mühlbeck, et sont transportés en quelques minutes au Frendenberg, d'où ils jouissent d'une belle vue sur le Sentis, le pays d'Appenzell, le lac de Constance et les environs. Le soir, un grand nombre de sociétaires se trouvaient assemblés en réunion facultative au Löchlebad.

Le lundi matin à 8 h. 1/2, M. le Dr P. Guye, de Genève, a déjà organisé une installation de chauffage électrique qui servira tout à l'heure à la cuisson d'un bloc de porcelaine à haute température pour incrustation. Un fourneau à néoline est également allumé pour le cas où le four électrique ne marcherait pas.

Avant de procéder à sa démonstration, il donne quelques explications préliminaires, concernant le travail de la porcelaine qui ne doit plus être ignoré des médecins-dentistes à cause des considérations esthétiques qui ont conduit à délaisser la mode de couvrir la bouche de boutons d'or. Il examine la dénomination qu'il conviendrait d'adopter pour désigner ce genre de travail : le terme obturation d'émail ou de porcelaine n'est pas exact, on obture une dent par parcelles, morceau par morceau ; inlay lui paraît trop exotique, il lui semble donc que le mot « *incrustation* » répond bien au mode opératoire qu'il nécessite ; incruster un bloc déjà préparé ; de plus ce mot peut être employé dans toutes les langues, dans tous les idiomes.

Ensuite M. Guye répond à toutes les objections que les adversaires des incrustations de porcelaine ont soulevées, puis il mentionne les

avantages de ce procédé : absence de récidive à la carie, de sensation thermique, moins de fatigue pour le client, conservation de l'esthétique, etc... Il recommande de ne pas utiliser les porcelaines à basse température, car l'expérience n'est pas venue confirmer les promesses qu'elles avaient faites. Pour ce qui le concerne, il a tout essayé, les pâtes Jenkins, Ash, Downie, Brewster, mais maintenant il se sert exclusivement de porcelaine à haute température, la seule dont la couleur ne s'altère pas pendant la cuisson et qui montre une très grande solidité unie à une beauté et une transparence remarquables. L'empreinte se prend avec du platine mou de 1/1000 ou 1/2000 de pouce recuit pendant 10′ au four électrique et qu'il faut presser contre les parois et les bords de la cavité à l'aide de morceaux d'amadou humide, de fouloirs en caoutchouc mou d'un modèle spécial et de brunissoirs en acier poli. La solidité de l'incrustation est obtenue par une bonne préparation de la cavité et des rainures pratiquées au moyen d'un disque diamanté, dans le bloc de porcelaine de façon à donner à celui-ci la forme schématique d'un bouton de chemise, ou des crampons de platine fixés au bloc par la cuisson.

Le ciment ne doit pas durcir trop vite ; il faut maintenir le bloc jusqu'à durcissement complet, puis on lubrifie avec du vernis ou l'on coule de la paraffine. Il vaut toujours mieux chercher à obtenir un bloc un peu plus clair que la dent, à cause de l'ombre qui provient du ciment.

M. Guye procède à la préparation d'un bloc de porcelaine pour un patient dont l'angle mésial d'une incisive latérale gauche fortement atteinte de carie est absent, il en fait l'incrustation à l'aide de ciment. L'opération, fort bien conduite, provoque les félicitations unanimes de l'assistance.

M. C. de Trey, de Londres, étudie comparativement la résistance des différentes dents minérales avec essais au dynamomètre. Il montre également la méthode qui doit être scrupuleusement suivie pour triturer convenablement les ciments dentaires ; elle consiste à manœuvrer la spatule toujours dans le même sens, en la faisant glisser sur la plaque de verre de façon qu'il ne puisse pas s'introduire de bulles d'air dans la pâte, et non pas à mélanger le liquide et la poudre en brassant comme si l'on délayait du plâtre.

Il parle enfin avantageusement du nouveau ciment à l'oxyphosphate de cuivre dont il vante les propriétés antiseptiques et les qualités de dureté, de résistance et d'insolubilité ; il le recommande particulièrement pour l'obturation des dents de lait et le scellement des couronnes et de ponts.

M. A. Brodtbeck, de Frauenfeld, après plusieurs années d'expériences faites avec la prothèse en aluminium, s'autorise à recommander chaleureusement la confection d'appareils dentaires combinés

de plaques estampées d'aluminium et de vulcanite pour maintenir les dents artificielles. Il soumet à l'examen une quantité de pièces partielles et de dentiers fort bien exécutés. Il dit quelques mots du magnalium ; ce métal est une combinaison d'aluminium et de magnésie, il se travaille comme l'aluminium, n'est pas meilleur, mais coûte beaucoup plus cher.

M. E. Müller, n'est pas de ce dernier avis, il prétend que le magnalium est supérieur à l'aluminium, le caoutchouc adhère mieux, il s'oxyde moins, il serait légèrement plus dur et plus résistant.

M. E. Fetscherin ne conseille pas la pose des plaques-bases façonnées avec des métaux inférieurs ; il est plutôt partisan des métaux précieux tels que l'or et le platine, d'autant plus que le travail technique est le même.

M. A. Brodtbeck indique encore une méthode nouvelle et facile pour exécuter des aurifications aux dents artificielles, elle consiste à creuser une cavité dans la porcelaine de la dent à l'aide d'une meule ou d'une pointe de carborindon ou autre, puis à introduire dans la cavité obtenue un peu de pâte à porcelaine d'Ash, sur laquelle on presse légèrement un fragment d'or cristallisé ; la pression fait pénétrer quelque peu de pâte dans les cristaux d'or, la dent est alors chauffée au four ; une fois la cuisson opérée, on foule de nouvelles parcelles d'or, jusqu'à ce que l'aurification soit terminée. Il est possible d'aurifier six dents en deux heures.

M. E. Boesch, de Genève, fait la démonstration de son procédé pour fixer des crampons de platine aux incrustations d'émail. Il reconnaît que les rainures pratiquées dans un bloc de porcelaine sont quelquefois suffisantes pour le maintenir avec du ciment dans la cavité de la dent, mais un crampon de platine s'ancrera mieux. Pour bien faire saisir les détails de sa description, il exécute les phases de la technique opératoire à l'aide d'un outillage et de matériaux dignes du géantisme.

Il fait circuler un carton sur lequel sont appliqué seize modèles-spécimens représentant les degrés successifs depuis le début jusqu'à la fin de la manipulation de ce procédé, que chacun s'accorde à trouver des plus ingénieux.

M. le Dr G. Rolland, de Bordeaux, qui la veille avait administré le somnoforme à plusieurs patients, intéresse vivement l'auditoire en parlant de cet anesthésique, composé de chlorure d'éthyle, 60 o/o ; chlorure de méthyle, 35 o/o ; bromure d'éthyle, 5 o/o ; dont il décrit les conditions cliniques et physiologiques. Le somnoforme a l'avantage de ne pas exiger un matériel spécial, compliqué, encombrant et effrayant ; il produit une anesthésie et un réveil rapides. Le bromure a été ajouté au composé afin d'obtenir de l'analgésie ; vers la fin de la narcose le malade est sensible au contact, mais insensible à la douleur.

Avec le somnoforme il est possible d'opérer, que le patient soit couché ou assis, à jeun ou non, les dames habillées n'ont pas même besoin d'enlever leurs corsets. Les phases d'absorption et d'élimination sont rapides, ce qui permet de l'administrer plusieurs fois de suite ; aussitôt réveillés, les malades se sentent dispos, peuvent boire, manger et se rendre comme d'habitude à leurs occupations.

Généralement le somnoforme est pris sans appréhension, ni malaise ; cependant s'il se fait sentir quelque peu d'étouffement, il est bon de soulever le masque, pour laisser arriver de l'air, ensuite le rabattre jusqu'à complète anesthésie.

Celle-ci survient rapidement, elle se laisse percevoir par la résolution musculaire et l'abolition du reflexe de la conjonctive ; cependant il n'est pas nécessaire de pousser jusque-là, pour une opération de courte durée : la fixité du regard suffit ; unpeu de contracture peut persister sans inconvénient, si l'on a eu la précaution de placer un bâillon.

Pour les alcooliques, il ne faut pas enlever le masque, si un peu d'étouffement se fait ressentir, par ce que l'on gagne du temps et la période d'agitation et de débat est évitée ; pour eux l'anesthésie doit être poussée jusqu'à résolution complète.

5 grammes de somnoforme suffisent chez les sujets tranquilles (comprenant les 90 o/o) pour procurer une anesthésie qui se déclare au bout de 14 à 28″ et qui dure de 1 à 20′ ; les remuants (8 à 10 o/o) entrent en narcose plus tard, 28″ ; ils se réveillent plus vite, la durée est de 30 à 65″. C'est la moyenne des 7.000 observations, relevées à la Faculté de médecine et à l'Ecole dentaire de Bordeaux.

Le somnoforme a été employé non seulement en art dentaire pour les opérations de courte durée, mais aussi en continuant l'anesthésie pour les opérations sur les yeux, les adénites tuberculeuses, le raclage des abcès, la réduction des hernies, les accouchements, etc. ; en Angleterre une opération dura 45 minutes.

Il ressort d'expériences sphygmographiques que la tension artérielle est augmentée, elle est plus grande qu'à l'état normal. L'ouïe est le dernier des sens dont la fonction est suspendue, c'est également le premier qui revient.

L'étude clinique du sang a été faite très scrupuleusement ; le lobule de l'oreille ayant été piqué, le sang récolté avant, pendant et après la narcose, soumis à l'analyse, a donné la preuve que les modifications subies par l'hémoglobine, les globules rouges et les globules blancs sont à peine sensibles.

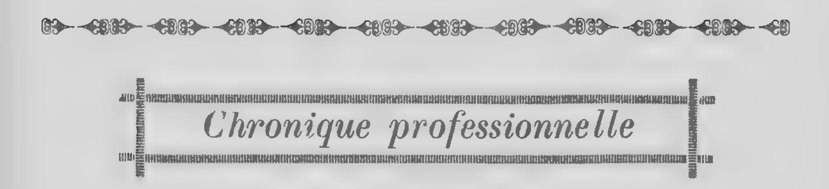
Le nombre des hématies, qui à l'état physiologique est de cinq millions par millimètre cube, est après l'anesthésie, de 4.898.000 ; les leucocytes, de 6.000 restent 3 ou 4,000. Ces recherches faites au cours d'une anesthésie de longue durée démontrent l'innocuité de ce nouvel anesthésique.

M. le Dr professeur Billeter se déclare vraiment satisfait de la façon scientifique dont ont été conduites les recherches des propriétés anesthésiques du somnoforme, car cela permis à M. le Dr Roland de faire connaître une substance et une méthode qui ont déjà fait l'objet d'une longue expérimentation. Le procédé opératoire est des plus simples, il est susceptible d'être appliqué sans technique spéciale.

L'anesthésie générale, continue M. le Dr Billeter, est une chose admirable, mais elle est effrayante en même temps; aussi tous ceux qui, à l'exemple du savant conférencier, contribuent par leurs études à enlever la douleur aux opérés avec un minimum de danger ont droit à la reconnaissance des membres de la profession. Il remercie donc bien vivement M. le Dr Roland pour sa brillante conférence.

M. le Dr Frick adresse également ses sincères remerciements à M. le Dr Roland, aussi bien pour ses démonstrations d'anesthésie générale avec le somnoforme que pour son intéressante communication ; au nom des médecins-dentistes suisses il lui exprime leur vive gratitude pour avoir répondu à leur invitation, ne pas avoir hésité à faire un long voyage et leur avoir ainsi permis de comparer les différentes méthodes et substances anesthésiques expérimentées dans le présent Congrès.

A deux heures, le banquet d'adieu réunissait une dernière fois les congressistes à l'hôtel Walhalla, où, avant de se séparer, ils eurent encore le privilège d'entendre les toasts éloquents portés par MM. Guye, de Genève ; Rolland, de Bordeaux ; Senn, de Zurich ; Frick, de Zurich ; Steiger, de Lucerne ; Maillart, de Berne ; et Halter de Saint-Gall.



A MES JEUNES CONFRÈRES

Nous lisons sous ce titre un judicieux article de M. Joseph Lacroix dans les *Archives nationales de stomatologie et d'art dentaire* de mai 1902. Notre confrère se livre à des réflexions fort justes, que nous ne saurions trop approuver ; nous ne pouvons mieux faire que d'en citer quelques-unes, avec le regret de ne pas reproduire l'article en entier.

L'odontologie, dit il, reste, aujourd'hui une spécialité scientifique. Aussi, dire qu'elle est encore une simple branche de la médecine, c'est oublier son évolution particulière, c'est lui refuser sa vraie place. L'odontologie est une science qui traite des dents, mais non pas comme le croient quelques-uns ; elle comprend l'étude de l'anatomie, de la physiologie et des différentes affections des dents de l'homme et des animaux.

Il est manifeste que l'odontologie est assez intimement liée à la médecine, mais la médecine elle-même ne se rattache-t-elle pas à l'histoire naturelle, à la chimie ? Du reste, toutes les branches des sciences se soutiennent, pour ainsi dire, les unes les autres ; il existe un lien réel entre la médecine générale et l'odontologie, mais celle-là n'est pas une spécialité propre de celle-ci.

L'odontologie est la science des dents, et elle est une science complète. Elle est complète parce que toute seule elle peut captiver une intelligence exigente. Il ne faut pas croire que l'anatomie dentaire soit une science sans importance, restreinte ; elle est, au contraire, grâce aux caractères constants qu'elle fournit, d'une grande utilité en zoologie et en paléontologie.

Donnons donc à l'odontologie la place qu'elle doit avoir ; que nos connaissances médicales, que notre instruction scientifique nous assurent dans la société un rang de plus en plus honorable, mais restons indépendants. Néanmoins, puisque l'odontologie se rattache à toutes les branches des sciences, ayons avec les divers groupes scientifiques des relations courtoises.

Ceux qui veulent devenir des chirurgiens-dentistes entrent dans une école dentaire où ils reçoivent une instruction sérieuse.

Cette instruction démontre la valeur propre, elle produit une certaine satisfaction personnelle et elle encourage à étudier davantage encore. Elle rend fort et aide dans la défense professionnelle elle élève l'homme, elle le fait digne d'avoir dans la société une place honorable.

*
* *

Quoique l'odontologie ne soit pas une branche propre de la médecine, celle-ci a néanmoins certains rapports avec celle-là. Il n'est point besoin d'entasser faits sur faits pour prouver que l'odontologie touche de près la médecine. Le chirurgien-dentiste est journellement appelé à examiner la cavité buccale ; or, beaucoup de maladies occasionnent quelquefois dans la bouche de véritables désordres. Donc, les signes caractéristiques de ces désordres peuvent, dans la majeure partie des cas, révéler un mauvais état général, un état anormal plus ou moins grave. Le chirurgien-dentiste qui peut avertir son client et lui faire saisir l'utilité d'une intervention sérieuse, rend un réel service. Il est donc manifeste que l'instruction augmente la valeur personnelle.

Mais, si, par une sérieuse instruction, le chirurgien-dentiste, soucieux des intérêts de sa clientèle et des siens propres, peut prévenir un état général mauvais ou bon, c'est que les affections buccales sont liées aux maladies de l'organisme.

Les écoles dentaires, du reste, ont pour but de donner au futur chirurgien-dentiste cette instruction qui lui permettra de passer avec succès les différents examens et d'affronter plus tard les dangers professionnels.

*
* *

Là ne se bornent point les rapports de l'odontologie ; elle est liée aussi à l'histoire naturelle, à la zoologie et à la paléontologie. L'anatomie dentaire est d'une réelle utilité dans les classifications des êtres animés. N'est-ce pas parce que les naturalistes ont reconnu l'importance des caractères dentaires qu'ils ont imaginé les noms de carnivores, d'insectivores, de rongeurs ?.... N'est-ce pas en examinant attentivement le squelette et les dents des animaux fossiles que le grand Cuvier est arrivé à retrouver leur genre de vie, leur genre d'alimentation, leurs formes ?

Est-il possible aujourd'hui d'admettre que l'odontologie n'est pas une branche des sciences ? N'est-il pas évident qu'elle est intimement liée aux autres parties des sciences ? — Et puisque nous connaissons sa réelle importance et ses affinités, montrons-nous dignes d'elle, et prenons, dans la mesure du possible, une part active à son avancement. C'est en sachant apprécier la haute valeur de l'odontologie que le chirurgien-dentiste, l'odontologiste s'efforcera de devenir instruit et, grâce à cette instruction, il gagnera la confiance et l'estime non seulement de la société, mais aussi du monde scientifique.

Tous les chirurgiens-dentistes doivent rechercher cette instruction qui, en élevant dans la société l'homme considéré autrefois comme un charlatan, fait ressortir aussi l'importance de la profession.

L'instruction du chirurgien-dentiste lui est donnée par des maîtres autorisés, dans les Ecoles dentaires et dans les Facultés. — Le devoir du futur diplômé est de suivre assidûment les cours afin que cette instruction, qu'on s'efforce de lui donner, lui soit utile à tous les points de

vue. — Que peut-on demander aux élèves si ce n'est de connaître le programme qui leur est imposé?

Mais, aux chirurgiens-dentistes diplômés, à ceux qui ont reçu, par conséquent, cette instruction scientifique générale, qui ne sont plus des élèves et qui à leur tour, par un labeur assidu, peuvent devenir des maîtres, on peut demander autre chose : on peut leur demander de ne pas oublier la profession, c'est dire que leur devoir est de prendre une part active dans cette noble tâche : l'avancement scientifiqne et le relèvement social de l'art dentaire.

Pour prendre une part active dans cette tâche, il faut étudier sans cesse et faire connaître le résultat de ces études, défendre la profession des attaques dirigées contre elle, encourager, faciliter au moins ceux qui veulent bien faire.

Pourquoi, parmi les chirurgiens-dentistes, en trouve-t-on qui, ayant paru s'intéresser aux débats scientifiques et politiques de la profession, abandonnent ces débats et ne paraissent plus s'en soucier? Comment expliquer ce désintéressement? Celui qui a réellement l'amour du travail trouve toujours le moyen de se satisfaire ; étudier est pour lui un besoin.

Il était utile de dire ce qu'est réellement l'odontologie, considérée trop souvent comme une branche scientifique négligeable. Quels sont donc ceux qui lutteront en sa faveur? — Irons-nous nous adresser aux naturalistes et aux médecins? Irons-nous même demander des secours aux stomatologistes? — Non, ce sont les odontologistes qui doivent défendre l'odontologie. Montrons à ceux qui semblent la dédaigner qu'elle est une vraie science ; tâchons de prouver que, comme les médecins, les chirurgiens-dentistes, les véritables odontologistes, ceux qui étudient non seulement l'odontologie proprement dite, mais qui cherchent à acquérir aussi des connaissances suffisantes en histoire naturelle, en chimie et en médecine, sont capables de suivre et de comprendre les grandes questions de biologie et de philosophie scientifique. — S'ils connaissent l'importance de l'odontologie et s'ils s'efforcent de bien établir ses rapports avec les autres sciences, ils peuvent devenir de véritables hommes de science. — Que ceux qui possèdent l'amour du travail et qui peuvent compléter sans cesse leurs connaissances, ne manquent point de le faire, qu'ils restent toujours les défenseurs zélés de l'odontologie. Et s'ils se sentent isolément trop faibles pour commencer et continuer une telle tâche, qu'ils se rappellent que « l'union fait la force », qu'ils se groupent alors pour lutter plus avantageusement.

J'ai à peine fait entrevoir l'utilité des groupements scientifiques, et je tiens à en dire quelques mots. Les Sociétés scientifiques, doivent toujours s'efforcer de faciliter les travaux indispensables au développement des diverses branches scientifiques, et puisque nous sommes des chirurgiens-dentistes, nous dirons qu'une Société scientifique fondée par nous doit avoir pour but l'étude et les progrès de l'art dentaire et tout ce qui peut contribuer à son développement et à son expansion scientifique.

Oui, les sociétés odontologiques doivent avoir pour but « l'étude et les progrès de l'art dentaire et tout ce qui peut contribuer à son déve-

loppement et à son expansion scientifique. » Chacun de nous doit, selon ses capacités, se livrer à l'étude et réclamer pour les travaux qu'il peut enfanter une sage discussion.

Unissons-nous donc, travaillons en commun pour notre profession. Que ceux qui ont l'expérience et le savoir montrent la vraie route à suivre et qu'ils instruisent tous ceux qui sont animés du sentiment professionnel. En agissant ainsi, ils assureront l'autorité de l'odontologie et ils rendront de plus en plus vrai ce passage d'Auguste Comte : « Par une loi dont la nécessité est évidente, chaque branche du système scientifique se sépare insensiblement du tronc, lorsqu'elle a pris assez d'accroissement pour comporter une culture isolée, c'est-à-dire lorsqu'elle est parvenue à ce point de pouvoir occuper à elle seule l'activité permanente de quelques intelligences. »

M. Lacroix a dit là d'excellentes choses, qui avaient besoin d'être dites, et nous ne saurions trop l'en féliciter.

Congrès de Montauban.

Nous publierons dans le prochain numéro le compte rendu du Congrès de Montauban.

Dispensaire scolaire municipal du XIIe arrondissement.

Notre confrère M. E. Boutelié est chargé, concurremment avec M. Roy, du service dentaire du Dispensaire scolaire du XIIe arrondissement de Paris, auquel sont attachés également six médecins et un pharmacien. Ce Dispensaire, qui reçoit une subvention de 6.500 francs du Conseil municipal, a donné en 1899 des soins dentaires à 1.009 enfants, en 1900 à 1.101, et en 1901 à 1.097. La consultation dentaire a lieu tous les jeudis matins et le nombre moyen des enfants qui s'y présentent est de 27.

M. Boutelié a pris à cette occasion une très heureuse initiative, qui a été intelligemment secondée par la Caisse des écoles de l'arrondissement : il a rédigé sur l'hygiène dentaire un petit opuscule de huit pages, imprimé et distribué par les soins de cette Caisse aux parents des enfants des écoles, dans lequel il expose dans un langage très simple et très clair l'influence de la dentition sur la santé, le genre d'alimentation avant et après la naissance, les soins d'hygiène buccale chez les nouveau-nés, l'époque de l'éruption des dents et les soins dentaires à prendre.

C'est là une œuvre des plus utiles, qui mérite d'avoir des imitateurs, et dont il y a lieu de féliciter M. Boutelié.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

La liste des dentistes.

Le Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France (numéro de mai 1902) contient (page 56) un *Avis* ainsi conçu :

« La liste des médecins, chirurgiens-dentistes, *dentistes patentés*, sages-femmes, doit être affichée dans toutes les communes, en janvier, conformément à l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892. Cet affichage a lieu aux édifices administratifs (préfectures, sous-préfectures, mairies, *etc.*). Nous prions nos confrères de vérifier s'il a eu lieu, de prendre copie de la liste des chirurgiens-dentistes avec leurs adresses et de la faire parvenir au *Syndicat*.

« Dans le cas où cet affichage n'aurait pas eu lieu, nous les prions de réclamer cette liste aux autorités départementales, de nous signaler ensuite cette dérogation aux dispositions de la loi, et le *Syndicat* fera le nécessaire pour qu'il y soit *apporté remède.* »

Cet *Avis* est de nature à suggérer certaines réflexions.

On sait que la *loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine,* — qui distingue les *chirurgiens-dentistes* (art. 2), c'est-à-dire les dentistes munis d'un *diplôme* délivré par le gouvernement français, des *dentistes* simplement *patentés* (art. 32), à qui a été maintenu transitoirement le droit d'exercer l'art dentaire, du moment qu'ils justifient de leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, — impose aux *chirurgiens-dentistes* (art. 9) l'obligation, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et que le fait de porter son domicile dans un autre département ou de se livrer à l'exercice de la profession, lorsqu'on n'exerce plus depuis deux ans, oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Il ne semble pas que cette *formalité de l'enregistrement* puisse s'appliquer aux *dentistes patentés,* puisqu'ils ne sont point pourvus de diplômes, et nous ne leur conseillerons pas, s'ils veulent éviter toute surprise, soit de porter leur domicile dans un nouveau département, soit d'interrompre durant deux ans l'exercice de leur profession.

Et cependant, si gênante (ainsi que le constate le *Manuel juridique*

de M. Pabon, p. 9, n° 78) que puisse sembler cette formalité de l'*enregistrement*, elle a pour effet de faciliter la constatation et la poursuite des délits d'exercice illégal de la profession et d'usurpation de titre, et elle permet aussi de dresser, chaque année, la liste départementale imposée par l'article 10 de la loi.

L'art. 10 prescrit, en effet, l'établissement annuel dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, de listes distinctes « portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du *diplôme... des chirurgiens-dentistes* ».

Ces listes sont affichées, chaque année, au mois de janvier, dans toutes les communes du département, et des copies certifiées en sont transmises, suivant les cas, ou par le préfet ou par le procureur général aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

Enfin, tous les ans aussi, le ministre de l'Intérieur fait dresser la statistique du personnel médical existant en France, en Algérie et aux Colonies.

Les avantages de ces prescriptions sont de toute évidence.

L'affichage annuel de telles listes dans toutes les communes, que *MM. Lechopié et Floquet* (*Nouvelle Législation médicale*, p. 105) qualifient de *luxueux*, présente l'utilité de faire connaître aux populations les titulaires de diplômes ; mais, en même temps (toute médaille n'a-t-elle pas son revers ?), elle risque d'amener le public à faire des distinctions fâcheuses entre les origines des praticiens, et MM. Lechopié et Floquet se demandent, à ce propos, si cette conséquence est bien en rapport avec l'esprit d'une loi qui a voulu unifier les grades, et qui n'a fait en somme que reproduire ici à peu près les termes des art. 25 et 26 de l'ancienne loi de ventôse an XI, laquelle ne catégorisait point les dentistes en diplômés et en patentés et n'exigeait par conséquent pas d'indication de provenance des diplômes.

Une circulaire du ministre de l'Intérieur du 11 février 1861, qui s'appuyait sur les dispositions de l'art. 24 de cette *Loi du 19 ventôse an XI,* imposant aux praticiens l'obligation de présenter, dans le mois de la fixation de leur domicile, leurs diplômes au greffe du tribunal de 1re instance et au bureau de la sous-préfecture où ils voulaient s'établir, recommandait, en effet, aux préfets de publier et d'envoyer au ministre, tous les cinq ans, la liste générale des médecins, pharmaciens et sages-femmes des départements, envoi qui servait à dresser la statistique annuelle du personnel médical français, confiée aux soins du ministre de l'Intérieur.

Une instruction du ministre de la Justice du 30 septembre 1826 invitait, de son côté, le procureur du roi à adresser à ses auxiliaires une liste des médecins les plus dignes de confiance qu'on pût appeler de préférence pour les cas d'opérations urgentes, et une autre instruction du 16 août 1842 prescrivait à chaque Cour d'appel de

dresser d'avance une liste d'experts médicaux destinée à faciliter son choix (V. *Dalloz*, V° *Médecine*, n°s 16 et 73).

On voit pas là combien il a été peu innové en 1892.

Cependant, il résulte de l'article 10 de la loi de 1892 qu'aucune formalité spéciale n'étant, de ce chef, imposée aux praticiens, ce n'est pas à eux qu'incombe le soin de veiller à ce que leur nom soit exactement inscrit sur la liste ; l'inscription est faite d'*office*, à l'aide des renseignements réunis à la préfecture et au parquet par suite de l'enregistrement des diplômes (V. *Sirey*, Répert., V° *Dentiste*, n°s 54 et suiv.). Mais, bien certainement, le praticien, dont le nom aurait été omis, aurait le droit de réclamer contre cette omission, si, de son côté, il avait, conformément à l'art. 9 de la loi, régulièrement fait enregistrer son diplôme, et l'on comprend l'avantage d'une semblable réclamation.

En effet, le droit de figurer sur la liste départementale, qui appartient incontestablement au *dentiste diplômé*, constitue, au fond, pour de jeune débutants le mode de publicité le meilleur et le plus honorable.

Mais les dentistes transitoirement maintenus et non diplômés ont-ils aussi ce droit ?

La formule dont se sert l'article 10 de la loi de 1892 permet tout au moins d'hésiter.

Le texte originairement voté par la Chambre s'en référait aux articles du projet visant les non diplômés, et tel était aussi, à en juger par son projet, le sentiment de la Commission du Sénat.

Mais un remaniement survenu à la dernière heure a fait disparaître, on le sait, cette référence, et l'on sait aussi que c'est sur une proposition de *M. Ollivier* que la qualification de chirurgien-dentiste a été dans la loi votée par le Sénat substituée à celle de dentiste.

Dès lors, il n'y a, suivant nous, d'obligatoire que l'établissement d'une liste « portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la *provenance du diplôme*... des *chirurgiens-dentistes*. »

Sans doute, comme on l'a fait justement observer, si la confection de ces listes a pour but non pas seulement de dresser annuellement la statistique du personnel médical de France, d'Algérie et des Colonies, mais de fournir les indications nécessaires à la statistique générale, ces indications seront fatalement incomplètes, du moment qu'elles ne comprendront pas tous les praticiens de l'art dentaire et qu'elles passeront les dentistes patentés sous silence.

Sans doute encore, il sera moins facile, à cause même de cette omission, de constater, en ce qui concerne les dentistes patentés, les cas d'exercice illégal ou d'usurpation de titre.

Mais la loi est la loi ; *dura lex, sed lex*.

Et si un dentiste diplômé prétendait que le droit de figurer sur la

liste, qui constitue une excellente publicité et permet à la justice de choisir au besoin des experts compétents, ne saurait être invoqué par le *dentiste patenté*, qui doit se contenter de bénéficier des mesures transitoires, sans chercher à en étendre arbitrairement la portée, — nous ne voyons pas bien la réponse qui lui pourrait légalement être faite.

Et c'est pour cela que nous n'oserions pas, — à l'*instar du Bulletin du Syndicat,* — conseiller au *dentiste patenté omis* de réclamer, ni surtout lui laisser espérer qu'au mal signalé il sera efficacement « apporté remède ».

Il ne faut pas qu'animé du désir de bien faire, nous nous laissions entraîner à des démarches imprudentes, et par là même téméraires ; rappelons-nous cette sage réflexion du *Fabuliste :*

En toute chose, il faut considérer la fin !

F. W.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DES HOPITAUX.

La *Société des chirurgiens des hôpitaux* a, le 23 avril 1902, émis un vœu que M. le Directeur de *l'Assistance publique* a soumis à son *Conseil de surveillance,* le 15 mai suivant.

Les concours de longue durée, — tels le concours de l'internat en médecine, par exemple, où les concours pour la nomination aux places de médecin,de chirurgien et d'accoucheur des hôpitaux,— rendant les membres du jury *indisponibles* pendant un certain laps de temps (les médecins pendant deux ans à dater de la clôture du concours dans lequel ils ont siégé, les chirurgiens et les accoucheurs pendant un an), l'art. 176 du *Règlement général sur le service de santé* dispose que cette règle ne s'applique pas au concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat, pour les places d'interne de *l'hospice de Brévannes,* pour les emplois de chirurgien de *l'hôpital de Berck*, de médecin de *l'hospice de Forges*, de la *fondation Brézin* et autres établissements similaires, les concours ne nécessitant que quelques séances et ne durant, par suite, que très peu de temps.

A la suite de l'institution des concours pour les places de *dentiste-adjoint* et d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et à l'occasion de la désignation des juges de ces concours, la *Société des chirurgiens des hôpitaux* a émis le vœu que ces concours ne fussent pas considérés comme entraînant pour les chirurgiens l'indisponibilité d'une année.

Le *Conseil de surveillance* a émis un vœu favorable aux propositions de *l'Administration*, conformes à ce vœu.

F. W.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, qui avait consulté le ministre du commerce *(Direction de l'assurance et de la prévoyance sociales,* 3e bureau ; accidents du travail) sur la portée de la loi du 9 avril 1898, relative aux responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, en ce qui concerne les dentistes employant des opérateurs et des mécaniciens, a reçu, le 29 mars 1902, par application de l'article 16 du Règlement d'administration publique du 28 février 1899, la réponse suivante :

« Le *Comité consultatif* a émis l'avis : que la loi susvisée n'est point applicable aux *opérateurs* appelés à seconder les dentistes dans l'exercice de leur art ; qu'elle est, au contraire, applicable aux *ouvriers* préposés aux fabrications ou réparations d'appareils de prothèse dentaire, même lorsqu'il n'est point fait usage de machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux. »

Cette consultation est conçue en termes si généraux et si vagues que nous attendrons, pour nous faire une opinion personnelle, que la jurisprudence ait fourni une base plus solide d'appréciation.

F. W.



MARTIAL-LAGRANGE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre excellent confrère, M. Martial-Lagrange, membre bienfaiteur et honoraire de l'Association générale des dentistes de France, chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris. Il avait appartenu pendant longtemps au corps enseignant de l'Ecole et nombreuses sont les générations d'élèves auxquelles il a donné des conseils.

L'Ecole et l'Association étaient représentées à ses obsèques par une délégation et avaient envoyé une couronne.

Nous exprimons à sa famille nos très sincères regrets de cette fin prématurée.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros......................... **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

A céder de suite, pour *cause de santé*, dans un des beaux quartiers de Lyon,
1 **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 7 ans et ayant une *très belle clientèle*. — S'adresser à M. Steininger, 21, Cours Morand, à Lyon. (89-^{17})

A REMETTRE, **Excellent cabinet**, pour cause de *changement de résidence*
2 *obligatoire* par suite d'héritage. 1 cabinet, succursale, 2 lycées, fait 13 à 15 mille, loyers 600, contributions 150, compris le 2e cabinet. Belle habitation, maison seule, double matériel opératoire, on laisserait tout ou partie du matériel ou pas du tout. Excellente situation à jeune homme sérieux et capable (catholique), prix à débattre pour matériel. Pour la reprise seule prix insignifiant 10.000 fr.
3 environ avec facilités. On s'arrangerait de toute façon avec jeune homme habile et sérieux. — Ecr. MM. Reymond frères, 44, Pl. République, Lyon. (26-27-^{10})

ANCIEN COMPTABLE, 15 ans dans la même maison, références sérieuses, demande
4 *emploi aux écritures* de préférence chez dentiste, ou gérance. Ecrire par poste aux initiales F. F. aux soins de M. Papot. (44-^{5})

A CÉDER, cabinet dentaire, 16 ans d'existence. *Sud-Ouest ; port de mer ; ville d'avenir*. Faisant de 18.000 à 20.000 fr. de recettes. Chiffre total des 5 dernières années
5 99.000 fr. Loyer 1.200 fr. Bail à volonté. Prix 20.000 fr., mobilier très confortable du salon et du cabinet compris, moitié comptant, le reste avec facilités. Ecrire par poste, bureau du journal aux soins de M. Papot, aux initiales E. L. (46-^{5})

A CÉDER DE SUITE à un *DOCTEUR EN MÉDECINE*, pour *cause de départ*, ville
6 du *Midi* 80.000 habitants, 15.000 fr. comptant, cabinet d'avenir, affaires 15 à 20.000 francs, *susceptibles d'augmentation*, poste dans *lycées* et *hôpitaux*, *relations médicales*, bel appartement bien situé 1500 fr., impôts 330 fr. Eau et gaz. — S'adresser au bureau du Journal. (47-^{5})

Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris demande emploi d'**OPÉRATEUR** à Paris, province
7 ou etranger. — Ecrire par poste à M. le Dr Hamelin, 17, rue des Petites-Ecuries, à Paris. (49-^{4})

Cabinet dentaire, aux environs de Paris, à *VENDRE*, pour cause de fatigue. Affaires
8 6.000 fr. en allant 2 fois par semaine, loyer 400 fr. ; belle installation, prix à débattre. S'adresser à M. Aillet, 45, rue Laffitte. (51-^{4}).

Chirurgien-dentiste, *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande **ASSOCIÉ** ou
9 **OPERATEUR** pour la province. Ecrire *par poste* à L. L. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. (52-^{4}).

Pour cause de santé, dans le centre de la France, on vendrait bon cabinet faisant
10 8 à 9.000 fr. d'affaires avec matériel et installation ou l'on prendrait bon opérateur capable et sérieux. — Ecrire à B. D., 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (53-^{4})

Obligé de quitter Paris pour raisons de famille, on céderait une **clientèle sérieuse et fidèle** dans un quartier riche, *s'agrandissant chaque jour* **OCCASION**
11 **UNIQUE** pour jeune diplômé qui aurait de suite une bonne clientèle et une situation de grand avenir. Prix très modéré. Ecrire *par poste* à J. B. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (54-^{4}).

A vendre un **CABINET DENTAIRE**, faisant 6.000 fr., 300 fr. loyer, dans une
12 *sous-préfecture de Bretagne*, **seul** dentiste. S'adresser à M. Helot, 34, rue du Château-Brest. (55-^{3}).

A céder de suite, pour *cause de maladie*, un **CABINET DENTAIRE**, situé dans un des *meilleurs quartiers de Paris*, existant depuis 22 ans ; clientèle sérieuse. Affaires : 12.000 fr. Prix de-
13 mandé : 8.000 fr., moitié comptant. (On ferait un échange avec un petit cabinet des environs de Paris.) Pour tous renseignements, écrire *par poste* aux initiales *P. C.* aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (56-^{3}).

(Voir la suite page suivante.)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 *Pour cause de santé.* **A céder de suite** un **CABINET**, *bien installé, bien situé* à Paris, faisant un minimum de 15.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr. de loyer. Ecrire par poste aux initiales **B. C. Q. aux** soins de *L'Odontologie.* (57-[3]).

---

15 **A céder**, pour *cause de santé* dans **ville de l'Ouest**, excellent **CABINET**, clientèle aristocratique, riche bourgeoisie, institutions, appui médical, etc. Affaires, 20-25.000 fr. — Prix demandé 25.000 fr.; comptant 15.000 fr., le reste avec facilités. — Ecrire *par poste*, aux initiales E. D. C. 12, bureaux de *L'Odontologie.* — Ne répondra qu'aux offres sérieuses présentant références. (58-[3]).

---

16 *18 lettres* de 60 c. de haut, ***CHIRURGIEN-DENTISTE***, en *zinc*, *répolinées blanc*, en état *presque neuf*, ayant coûté 15 fr. chaque, à vendre 4 fr.
S'adresser à M. Fraenxel, 38, Chaussée d'Antin. (59-[3]).

---

17 **Dentiste Américain,** *diplômé du « Penna Collège of Dental Surgery »*, offre ses services comme **opérateur**. — Parle *français, anglais* et *espagnol.* — Ecrire par poste, en affranchissant à 0.25 c. à A. B. 86, rue de la Station, Louvain (Belgique). (60-[3]).

---

18 On demande **opérateur-mécanicien** *chirurgien-dentiste de la Faculté*, âgé d'environ 30 ans, pour diriger cabinet dentaire dans *ville d'Algérie*; à partir du 15 octobre prochain on prendrait engagement. Serait *intéressé* ou *associé.*
Ecrire à J. Dobreun, chirurgien-dentiste, 18, boulevard Seguin, Oran. (61-[2]).

---

19 On demande à *acheter d'occasion* ***FAUTEUIL*** à pompe. Ecrire à M. Bonnet, 17, faubourg Montmartre, Paris. (62-[2]).

---

20 **On demande** de *suite* **pour** province un **opérateur-gérant** *diplômé de la Faculté de médecine de Paris.*
Ecrire X.-Y aux bons soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. (63-[2])

---

21 **A céder** un **CABINET** dans *agréable ville du centre* à proximité de deux stations d'eaux. Affaires 15.000 fr., *belle installation.* Conditions à débattre.
Ecrire *par poste* aux initiales R. D. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. (64-[2]).

---

22 *A enlever de suite, cause de maladie*, quartier de la Madeleine, ***CABINET*** 18 mois d'existence ayant fait 5.000 fr. 12 derniers mois. Grand avenir. Prix du matériel. — Ecrire *D[r] L. D.* Bureau, 118, rue d'Amsterdam, Paris. (65-[2]).

---

23 **Docteur en médecine**, *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande **REMPLACEMENT** de **dentiste** pendant les *vacances.* — Ecrire *par poste* à « L'Odontologie » aux initiales **P. D.** (66-[2]).

---

24 **D. D. S.**, 27 ans, *candidat au diplôme français, très sérieux et capable*, parlant *trois* langues, désire entrer dans **bonne maison** qu'on lui céderait dans 2 à 3 ans, avec facilité de paiement. Ecrire *par poste* aux initiales W. W. 27, aux soins de **M. Papot**, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. (67-[2]).

---

25 On désire acquérir ***BON CABINET***, ***Paris*** ou ***Province.*** — Ecrire par poste aux initiales C. C. aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne à Paris. (68-[1]).

---

26 **A céder** dans ville du *littoral Méditerranée* 12.000 habitants. CABINET DENTAIRE faisant minimum 6.000 fr. Susceptible d'augmentation. *Seul dentiste.* Bonnes conditions. Conviendrait à dentiste désirant repos. — Ecrire *par poste* J.M.G.D., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. (69-[1])



1. M. Delair (Nevers).	12. MM. Papot (Paris.)	23. MM. Vichot (Lyon).
2. Mmes Duchesne	13. Frey id.	24. Kritchevsky (Paris).
3. Vidal	14. Siffre id.	25. Choquet id.
4. Thuillier	15. Coignard (St-Symphorien).	26. Fayoux (Niort).
5. M. Sauvez (Paris).	16. X...	27. Diparraguerre (Bordeaux).
6. Mmes Vichot	17. Armand (Bordeaux).	28. Subirana (Madrid).
7. Chemin	18. Périé (Toulouse).	29. Béal (Lille).
8. Rozenbaum	19. Ott (Paris).	30. Bouvet (Angers).
9. MM. Thuillier (Rouen).	20. Duchesne (Toulouse).	31. Chemin (Toulouse).
10. Rozenbaum (Paris).	21. Houdié id.	32. Blatter. (Paris).
11. Dubar id.	22. Vidal (Perpignan).	

CONGRÈS DE MONTAUBAN, 1902

22e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

AU RETOUR DE MONTAUBAN ET DE TOULOUSE

La session Montauban-Toulouse *qui vient de se terminer sera, à tous égards, féconde en résultats, non seulement pour la Fédération nationale et la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S., mais aussi parce que, dans les réunions plus intimes qui ont alterné avec les séances de travail, on a appris à mieux se connaître ; des préventions se sont dissipées, de nouvelles amitiés se sont ébauchées, celles qui avaient été ébauchées précédemment se sont cimentées plus étroitement encore.*

Telle est l'impression dominante que nous rapportons de Montauban et de Toulouse, où une cinquantaine de dentistes ont travaillé en commun pour le bien de la profession et le développement de la science odontologique et où la Société des dentistes du Midi a reçu si magnifiquement et si cordialement les confrères de Paris et des départements.

Nous allons succinctement passer en revue chacune de ces mémorables journées.

Mercredi 6 août.

Delair et moi, arrivés les premiers à Montauban, nous prenons contact avec le secrétariat général de l'A. F. A. S., nous visitons les locaux mis à la disposition de la vingtième section au magnifique lycée de jeunes filles que la ville de Montauban a fait édifier, il y a une quinzaine d'années, dans le quartier neuf de Lacapelle, puis nous faisons compléter l'aménagement de notre salle de séances, afin que notre séance du lendemain matin ne soit pas retardée.

Jeudi 7 août, matinée, 1re séance de la Fédération dentaire nationale.

Une grosse déception nous est réservée : nous avons le regret d'apprendre que M. Godon n'a pu venir la présider. Si tous déplorent que l'âme de nos réunions, l'infatigable champion des idées fédératives nous fasse défaut, chacun sait qu'il faut qu'une impérieuse raison de santé l'ait retenu à Paris, afin de ménager ses forces pour le long et pénible voyage de Stockholm, ville dans laquelle la session de la Fédération internationale va s'ouvrir dans quelques jours.

Après-midi.

L'ouverture du Congrès a lieu dans la salle du théâtre sous la présidence de M. Carpentier, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, membre du bureau des longitudes. Autour du président avaient pris place : M. Capéran, député, maire de Montauban; M. Mercadier, directeur de l'École polytechnique, commandeur de la Légion d'honneur ; M. Capdepic, adjoint au maire, président du comité local ; M. Levasseur, membre de l'Institut ; M. Gauthiot, de la Société d'excursions ; M. Jean Doumerc, président de la Chambre de commerce ; M. Gariel, secrétaire général du Congrès ; M. Galante, trésorier de l'Association ; M. Cartaz, secrétaire adjoint du Conseil ; M. Corone, secrétaire général du comité local. MM. Mathias, professeur à la Faculté de Toulouse ; de Mila de Cabrieu, président de l'Académie ; Ed. Forestié, secrétaire général de la Société archéologique ; le Dr Magnien, doyen de la Faculté des sciences de Besançon ; Peron, intendant militaire en retraite ; Dr Sauvez, président de la 20e section, etc.

M. Capéran souhaite la bienvenue aux membres du Congrès. Il essaye de démontrer que, si Montauban a perdu la couronne industrielle de jadis, une nouvelle industrie, celle des chapeaux de paille, a pris un essor considérable ; il exprime ensuite aux congressistes la satisfaction que ses concitoyens éprouvent à leur faire bon accueil et à leur montrer les richesses artistiques locales. Le beau ciel, les beaux sites de la région laisseront dans leur esprit une agréable impression.

M. le président Carpentier se lève ensuite et, selon la tradition, après avoir remercié la Ville du concours qu'elle a donné pour l'organisation du Congrès, il fait une lecture très documentée et fort intéressante sur la télégraphie sans fil.

Cette étude, qui suit pas à pas dès les temps bibliques la question des communications aériennes, est très écoutée et provoque un vif intérêt.

M. Gariel donne ensuite lecture du rapport annuel sur les travaux de l'Association, rappelant les dons qui lui ont été faits, les décès de ses

membres éminents, les récompenses accordées à certains de leurs confrères, rapport qui montre la vitalité de l'Association.

Pour terminer, le trésorier rend compte du budget, qui se chiffre par 1 million 300 mille francs et qui chaque année s'augmente de quelques milliers de francs.

Soirée.

Les membres du Congrès « les Cadets de la science », *selon l'expression plaisante d'un journal local, conviés à une* réception par la municipalité, *ont reçu de celle-ci un gracieux accueil.*

La grande salle avait été ornée avec goût au moyen de plantes et d'arbustes du Jardin des Plantes, et les congressistes ont pu jouir de la belle soirée et du panorama des quais de Montauban la nuit, en prenant le frais sur le grand balcon.

Un buffet somptueusement garni offrait, avec la coque *traditionnelle montalbanaise, des coupes de Champagne et autres rafraîchissements aux invités, parmi lesquels de nombreuses dames arrivées le matin pour assister au Congrès.*

Nous avons remarqué dans l'assistance tout le bureau et les membres de l'Association, le général Altmayer, le général Belbèze, le secrétaire général Biget, et plusieurs chefs d'administration et notabilités montalbanaises, ainsi que des membres du Conseil municipal.

Un orchestre, gracieusement prêté par l'autorité militaire, faisait entendre, sous la direction de M. Maubert, de délicieuses symphonies.

A une heure avancée nous nous retirons, ravis de la réception montalbanaise.

Vendredi 8 août, matinée, 1re séance de la Section d'Odontologie.

Après le remarquable discours d'ouverture du président, M. le Dr Sauvez, et la constitution du bureau pour 1902, M. Luis Subirana nous transmet en termes très chaleureux l'invitation d'aller prendre part au Congrès de médecine de Madrid au mois d'avril prochain.

Les honneurs de la séance vont de droit à notre ami Delair, qui traite d'une façon magistrale les rapports des principes de la phonétique et de l'orthologie avec la prothèse restauratrice vélo-palatine.

Après-midi, 2e séance de la Fédération dentaire nationale.

Cette séance, comme celle de la veille, est consacrée surtout aux questions d'enseignement ; le service militaire et les dentistes retiennent aussi l'attention des membres. Nous renvoyons d'ailleurs nos lecteurs aux procès-verbaux qui seront publiés dans nos prochains numéros.

Soirée.

Notre aimable président, M. le Dr Sauvez, nous avait tous conviés à une cordiale réception, où le plaisir fut d'autant plus vif qu'un certain nombre de dames accompagnaient leurs maris congressistes et que, grâce à elles, nous eûmes un concert improvisé.

Samedi 9 août, matinée et après-midi, 2e et 3e séances de la Section d'Odontologie.

Séances bien remplies par de très intéressantes communications, qui toutes seraient à citer, et que nous publierons successivement.

Election du président pour 1903. *C'est avec de vifs applaudissements que notre ami Delair a été proclamé président pour la session de 1903, qui aura lieu à Angers.*

Enfin, à 6 heures, on boucle les valises à la hâte, et les voitures montalbanaises, cahotées sur le pavé pointu, nous déposent à la gare, d'où à 6 h. 30 nous partons pour Toulouse.

Soirée à Toulouse. Banquet général de la Section d'Odontologie.

Nous nous trouvons tous réunis dans la splendide salle à manger de l'hôtel Tivollier, autour d'une table luxueusement dressée, et tous font largement honneur au menu fin et succulent qui nous est servi, sur lequel naturellement figure en bonne place le pâté de foies gras et de canards, dont la réputation s'étend au loin parmi les gourmets.

Mais l'heure des toasts est arrivée et M. le Dr Sauvez ouvre la série. Le Dr Chemin lui succède, puis c'est le tour de M. Subirana, ensuite celui de M. Delair, après celui de votre serviteur. Le Dr Siffre continue, le Dr Rolland vient après, puis M. Vichot, enfin M. Blatter porte la dernière santé.

TOAST DE M. LE Dr SAUVEZ,

Président de la Section d'Odontologie pour 1902.

Mes chers confrères,

Voilà déjà trois jours passés ensemble et le moment approche où je vais être obligé de m'arracher, bien malgré moi, à la douce chaleur de votre heureux climat et à la chaleur non moins douce de votre accueil bienveillant, en repassant

ma fonction, avec ses charges et ses avantages, à notre excellent confrère et ami Delair pour m'en aller à Stockholm défendre vos idées et représenter l'École dentaire de Paris et la Fédération nationale auprès des confrères étrangers.

Pendant deux jours les congressistes qui ont bien voulu se rendre à notre appel vont être guidés dans les excursions de demain et dans les démonstrations pratiques de lundi prochain par les soins de la Société des dentistes du Midi.

Puis vous prendrez part sans doute à l'excursion très intéressante organisée par l'A. F. A. S. pour mardi.

Mercredi, vous achèverez à Montauban la lecture des communications que nous n'avons pu terminer dans ces trois jours.

Enfin jeudi prochain, séance de clôture, Tel est le programme qu'il nous reste à remplir.

Vous voyez qu'il n'est pas bien fatigant et j'espère que vous emporterez tous, comme moi, un bon souvenir de ces quelques journées consacrées à notre profession, car tous ceux qui sont ici l'aiment, cette profession, et la seule preuve, c'est qu'ils ont quitté leur famille, leurs amis, leurs affaires et leurs plaisirs pour se joindre à nous.

Certes, des esprits chagrins, s'il y en avait eu parmi nous, ce dont je doute en voyant l'animation et la cordialité qui ont régné entre nous pendant le Congrès et pendant ce banquet, des esprits chagrins, dis-je, auraient pu penser avant la session qu'ils trouveraient plus tard dans les journaux professionnels, les communications qui ont été faites. Je ne pense pas qu'ils tiennent aujourd'hui le même raisonnement, après la session, et en tout cas, je suis persuadé que les démonstrations pratiques les convaincront tout à fait de l'utilité de ces Congrès.

Même en admettant qu'on lise les communications, on n'assiste pas aux discussions, on ne peut poser de questions auxquelles l'auteur aurait répondu et l'on porte ainsi souvent un faux jugement sur un procédé ou une méthode parce qu'on n'a pu assister à son exposé et s'éclairer suffisam-

ment. Mais, en dehors des séances mêmes, nous avons certainement fait quelque chose et c'est peut-être ce que vous emporterez comme le souvenir le plus marquant.

J'ai entendu bien des conversations particulières dans lesquelles vous vous racontiez l'un à l'autre des cas intéressants de votre pratique, dans lesquelles vous vous relatiez l'un à l'autre ce que vous faisiez dans tel cas particulier. Au point de vue scientifique comme au point de vue pratique, ces réunions ont donc leur utilité, même en dehors des séances.

Au point de vue de la politique professionnelle, elles ne sont pas seulement utiles, elles sont nécessaires, au moins autant à ceux qui marchent de l'avant qu'à ceux qui stationnent. Aux premiers, elles font voir que l'évolution qu'ils voudraient provoquer ne peut se produire que lentement, que le gros de l'armée dentaire ne suit pas si rapidement ; ils comprennent que la situation de la profession, dans la capitale et dans les autres villes, n'est pas la même ; ils entendent des raisonnements différents de ceux auxquels ils sont habitués.

Et ils partent plus froids, plus calmes, ayant compris pourquoi leur rêve n'est pas si facile à réaliser. Aux seconds, à ceux qui stationnent, ces réunions aussi sont nécessaires. Elles leur permettent d'exposer leurs idées à des confrères qui ont déjà passé par la même opinion qu'eux, qui l'ont même quelquefois mise en pratique et qui leur montrent que le système qu'ils proposent ne peut être employé pour certaines raisons.

Ces réunions développent les idées des uns et des autres, et avancent l'unification de la profession dentaire.

Des amitiés anciennes se renouent — et les amitiés formées pendant notre jeunesse nous sont toujours les plus chères. Des amitiés nouvelles se cimentent, qu'un deuxième congrès transformera en amitiés durables, parce qu'elles sont basées sur l'estime et la sympathie réciproques.

Mais je ne sais pourquoi je viens troubler ainsi votre paisible digestion, j'oubliais que je parle devant des convain-

cus. Je m'arrête donc immédiatement, car, comme médecin, je trouve les toasts trop longs anti-digestifs.

Toutefois auparavant je tiens à vous remercier personnellement, mes chers confrères, des marques de bienveillance et de sympathie que vous m'avez témoignées pendant le Congrès.

Je tiens à remercier ceux qui m'ont aidé par leur collaboration directe. Je tiens surtout à remercier la Société des dentistes du Midi de s'être mise si obligeamment à la disposition du Congrès de Montauban, et Chemin, qui est un vieil ami personnel m'excusera, je pense, de ne pas porter le toast auquel il a droit comme président de la Société, pour lever mon verre en souhaitant une longue existence et une bonne santé au vice-président de la Société, au doyen d'âge de votre bureau, c'est-à-dire à notre estimable confrère Alaux, pour lequel nous avons tous une sympathique et une respectueuse affection. *(Vifs applaudissements.)*

TOAST DE M. LE Dr F. CHEMIN

Président de la Société des dentistes du Midi.

Messieurs,

Je suis heureux de saluer ici et de remercier chaudement tous ceux de nos confrères qui n'ont point redouté les distances parfois considérables et l'inévitable fatigue d'une nuit de cahotement, de poussière et d'insomnie dans un wagon, pour venir des quatre coins de la France, assister au Congrès de Montauban, apporter leurs lumières et leur collaboration désintéressée pour le progrès de notre art et de notre science.

Messieurs, vous le savez, les Congrès dentaires sont d'une utilité véritable et prouvée et, sans contester l'intérêt des Congrès de médecine et de chirurgie, il est permis de dire que dans les nôtres nous avons l'avantage de joindre aux communications orales des démonstrations pratiques. Les grands Congrès, tenus à Bordeaux, à Nancy, à Paris, à Lyon, le colossal Congrès international de 1900 et le Con-

grès de l'an passé à Ajaccio témoignent de la vérité de ce que j'avance. Ce furent, vous le savez, de brillantes journées, nous pourrions dire des victoires, si ce mot ne sonnait un peu trop en fanfare quand il s'agit de triomphes silencieux et modestes de la science et de l'industrie humaines. En tout cas, ces Congrès feront époque dans l'histoire de notre art et ils ont brillé d'un tel éclat que nous avons éprouvé une crainte bien naturelle quand le tour de Montauban-Toulouse arriva. Pouvions-nous nous flatter du même succès? Ici malheureusement nous n'avons point à vous faire admirer les salles et l'outillage merveilleux des grandes écoles et des cliniques modernes.

Nous n'avons guère qu'un dispensaire de Bureau de bienfaisance et un service dans un hôpital dont l'installation, j'ai le regret de le dire, laisse fort à désirer. Quoi qu'il en soit, nul ne contestera en général les progrès immenses accomplis dans notre profession depuis quelque vingt ans. Ces pas géants vers le mieux sont les résultantes de nos écoles dentaires françaises, c'est à elles que se trouvent intimement liées les améliorations incessantes de notre art. La création de ces écoles ouvrit une ère nouvelle. Avant elles, il n'y avait rien ou presque rien : des efforts individuels qui n'étaient ni secondés ni dirigés, des tâtonnements dans le vague, des tentatives souvent avortées. Avec elles ce fut un renouvellement complet des choses, on connut enfin l'ordre, la méthode, sans laquelle il n'y a point de science possible; grâce à elles on réunit les lambeaux épars des connaissances et l'on en fit un faisceau serré, on concentra la lumière diffuse çà et là, on encouragea les études et les efforts, et l'art dentaire devint une véritable science. Rappeler en quel état embryonnaire était la chirurgie dentaire à cette époque, et comparer ce néant au quelque chose d'aujourd'hui demanderait une longue étude que je vous épargnerai et qui serait tout à fait de propos. J'en appelle seulement à vos souvenirs: ils sont probablement aussi plaisants que les miens. Quand j'évoque le passé, je crois visiter en cauchemar une sorte d'exposition ré-

trospective comme nous en vîmes en 1900. Je revois encore la pauvre table de toilette sur laquelle s'alignaient demi-ensanglantés quelques rares et pitoyables instruments, tout l'outillage de ce praticien d'un autre temps auquel furent confiés mes premiers pas dans la profession et aussi ma pauvre mâchoire d'adolescent. Et ce cabinet d'autrefois, je le compare à vos superbes cabinets modernes, pleins d'appareils électriques et respirant l'antisepsie.

J'ai dit que nous sommes redevables de tous ces progrès aux écoles dentaires ; j'ai voulu dire naturellement au groupe des dentistes qui, par leur initiative, leur bonne volonté, leur intelligence, sans regret du temps dépensé, ont fait appel à la générosité de leurs confrères et ont fondé ces belles et fécondes institutions d'abord à Paris, puis à Bordeaux et à Lyon.

Pour atteindre ce résultat que de difficultés à surmonter, que d'obstacles à franchir, que de mauvais vouloirs à vaincre !

Quant à l'État, que fit-il pour nous ? Il arriva comme les grenadiers de l'opérette... toujours après ; quand la machine fut bien huilée et fonctionnait à merveille, l'État intervint, je ne dirai point pour mettre des bâtons dans l'engrenage, mais pour ne rien améliorer au point de vue professionnel. Et messieurs, est-ce donc un si grand malheur que l'État ne soit intervenu que si tardivement ? En France on dirait que l'on ne peut rien faire sans son secours ou son concours. C'est la bonne providence éternelle de ceux qui ne peuvent pourvoir à leurs propres besoins. Soyons justes : l'État ne peut tout faire ; c'est aux particuliers à faire preuve d'initiative, d'énergie et à aller de l'avant. Faut-il citer une fois de plus les exemples frappants, éloquents de l'Angleterre et des États-Unis ? Là-bas, la devise semble toujours être « aide-toi, l'État t'aidera » (s'il en a les moyens et les loisirs). Les Anglo-Saxons, habitués à compter sur eux-mêmes et à veiller tout seuls au bien-être public, marchent hardiment, improvisent, créent de toutes pièces, risquent même ; et la fortune, moins aveugle qu'on ne pense, favorise leur audace.

Je ne dirai plus qu'un mot pour terminer cette allocution qui, j'en ai peur, s'est un peu trop allongée en discours. Ici, nous avons réuni quelques sujets pour vous permettre de déployer les secrets et les trésors de votre expérience et de mettre en plein jour vos ingénieuses innovations. Ai-je besoin d'ajouter, messieurs et chers confrères, que je forme les vœux les plus sincères et les plus chaleureux pour que ce Congrès du Midi, inauguré sous des auspices si favorables, justifie et réalise toutes les espérances, et se termine en faisant faire un nouveau pas à un art dont vous êtes tous plus ou moins, sinon des créateurs, du moins des propagateurs dévoués et dont nous pouvons tous être légitimement fiers?

Au nom de la Société des dentistes du Midi, je lève mon verre en l'honneur de tous les membres du Congrès et je bois à la santé de son sympathique président, mon ami le Dr Sauvez. *(Applaudissements.)*

TOAST DE M. LUIS SUBIRANA

Secrétaire-adjoint du Comité d'organisation de la Section d'Odontologie au Congrès de Madrid.

C'est au nom de mes confrères d'Espagne que j'ai l'honneur de lever mon verre à la santé et à la prospérité de tous ceux qui sont présents ici, et tout particulièrement du Dr Sauvez, président de la Section d'Odontologie du Congrès de toutes les sciences, qui, s'il n'a pas été organisé par nous, est tout aussi à notre honneur, parce qu'il démontre que l'odontologie est considérée comme aussi importante que toute autre science pour le progrès et le bien de l'humanité.

Je salue en vous, Docteur Sauvez, toute cette pléiade de jeunes qui ont fait en France une véritable révolution dans la profession, aussi bien dans la partie scientifique que dans l'enseignement. Je salue en vous tous les fils de cette partie de l'Europe qui a donné à notre profession des hommes comme Fauchard, le père inoubliable de la pathologie dentaire; comme Magitot, le grand polémiste et le grand révolutionnaire

scientifique ; je salue en vous les frères du malheureux Dubois, organisateur du premier Congrès dentaire international *(Applaudissements)*, de cet homme qui fut le type de l'activité et de la mémoire humaine; je salue enfin en vous tous les collaborateurs du *leader* de la dentisterie moderne française, M. Godon, cet homme qui, par ses efforts personnels, son travail, son intelligence, est parvenu, lorsque sa tête se couvrait des cheveux blancs de la vieillesse, à se revêtir de la robe de docteur. *(Applaudissements.)*

Croyez, en toute confiance, que dans notre Espagne, par sympathie innée ou parce que nous appartenons à la race latine, nous suivons avec une grande attention votre marche, vos pas, vos luttes, luttes logiques, humaines et éternelles qui ne sont qu'une preuve évidente de votre vitalité ! Luttes les plus nobles ! Dans la nature tout lutte et se transforme, depuis la plante grimpante qui s'attache à l'arbuste pour lui enlever sa sève, depuis l'abeille qui va de fleur en fleur en en suçant le suc pour fabriquer son miel, depuis les microbes qui nous entourent de toutes parts, nous persécutant incessamment, et depuis le corps qui se défend contre eux en sécrétant des sucs et en créant des tissus pour rendre vains les efforts de ses ennemis, la vie est une lutte incessante et éternelle, une transformation continuelle. Nous nous transformons continuellement ; depuis la terre nébuleuse qui, se séparant de la nébuleuse solaire, passe de l'état gazeux à l'état liquide et de celui-ci à l'état solide, et depuis le règne minéral jusqu'au règne végétal et au règne animal, avec toute cette quantité de races et d'espèces, il n'y a pas autre chose qu'une série ininterrompue d'échelons qui suivent le chemin de la perfection, sans jamais l'atteindre, parce que la loi du progrès est éternelle, infinie, interminable. *(Applaudissements.)*

De même, nous autres dentistes, nous luttons et nous nous transformons en vertu de ce besoin que les hommes éprouvent de se perfectionner. Ce qu'ont fait nos ancêtres, nos pères l'ont perfectionné, nous n'acceptons pas ce qu'ils ont fait et demain nos fils jetteront par terre ce que nous

édifions avec tant d'activité et toujours ainsi nous allons à la recherche de cet idéal imaginaire, guidés par la sainte ambition qui n'a pas de limites. *(Applaudissements.)*

Pardonnez-moi, messieurs, ces digressions, particulières aux enfants du Sud, dans ce qui est au-dessus de mes désirs et permettez-moi de vous inviter de nouveau à la réunion professionnelle d'avril prochain, au nom de mon illustre confrère, M. Aguilar, dont vous connaissez les qualités, et en mon nom personnel comme secrétaire-adjoint de la Section d'Odontologie. Dans la capitale de notre Espagne si vous ne rencontrez pas de savoir odontologique, une grande école et de grandes nouveautés professionnelles parce que nous commençons l'œuvre, comme vous continuez celle de vos prédécesseurs, vous rencontrerez cependant quelques traces nobles et le bon accueil dont tout confrère est digne.

A présent, messieurs, je bois à la France, à ma patrie, au progrès glorieux de l'odontologie universelle *(Vifs applaudissements.)*

TOAST DE M. DELAIR,

Président de la Section d'Odontologie pour 1903.

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris, que j'ai l'honneur de représenter, j'exprime à notre distingué confrère Subirana, secrétaire-adjoint du Comité d'organisation de la Section d'Odontologie au Congrès international de médecine qui doit se tenir en 1903 à Madrid, nos très chaleureux remercîments pour l'invitation si cordiale qu'il vient de nous adresser.

Nous engagerons tous les nôtres à se rendre en grand nombre dans la belle Espagne pour prendre part aux travaux de nos aimables confrères.

En attendant, nous prions M. Subirana de porter aux membres du Comité d'organisation l'assurance de notre plus sincère, de notre plus profonde sympathie.

Et je porte : un *brindis à la vieja España* (un toast à la vieille Espagne). *(Applaudissements.)*

TOAST DE M. PAPOT,

Secrétaire de la rédaction du journal *L'Odontologie*

Messieurs,

Au nom du Comité de rédaction de *L'Odontologie*, qui m'a fait l'honneur de me déléguer près de vous, je suis heureux de saluer les brillants résultats de nos réunions. Nous avons entendu de très remarquables travaux, que la presse professionnelle s'empresse non seulement d'applaudir, mais qu'elle tient à accaparer, en leur offrant la plus large hospitalité, afin d'en opérer la diffusion dans la grande famille odontologique universelle.

En levant mon verre, je bois à tous les groupements amis représentés ici, notamment à la Société des dentistes du Midi. Je bois aux succès de vos futures réunions.

Je bois également à un représentant parmi nous de la presse professionnelle étrangère, à M. Luis Subirana, directeur de la *Moderna Estomatologia. (Applaudissements.)*

TOAST DE M. LE Dr SIFFRE,

Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

Messieurs,

C'est au nom de l'Association odontotechnique et de la Fédération dentaire nationale, puisqu'en l'absence du Dr Godon, j'ai dû présider les séances de la présente session, que j'ai l'honneur de prendre ce soir la parole, pour remercier notre si sympathique confrère Subirana de la chaleureuse invitation qu'il vient de nous adresser à l'occasion du Congrès international de médecine de Madrid. Pour la Section d'Odontologie, il nous fait à nous, Français, le grand honneur de nous appeler les gardiens du trésor

odontologique et de nous inviter à aller en Espagne montrer ce trésor, cet héritage que nous ont laissé les Fauchard, les Dubois, les Magitot et toute cette armée de savants théoriciens et techniciens qu'avec lui nous admirons tous.

Croyez bien, mon cher Subirana, que je porterai dans mon groupe et parmi tous mes confrères l'écho de vos si saisissantes paroles et que cet écho sera entendu, sera répété avec cette même voix, la voix du cœur, et cela avec d'autant plus de chaleur et d'enthousiasme que ce cœur est celui de la race latine et qu'il envoie dans nos veines le même sang que le vôtre.

Je bois au Congrès prochain de Madrid et à vous Subirana, le si noble représentant de cette Espagne, notre sœur. *(Applaudissements prolongés.)*

TOAST DE M. LE Dr ROLLAND,

Directeur de l'École dentaire de Bordeaux.

Messieurs,

Je pensais, ce soir, passer par mailles et ne pas avoir à me faire entendre après tant de remarquables orateurs.

Mais une amicale injonction de notre président. M. Sauvez, vigoureusement soulignée par notre ami M. Siffre, triomphe de mon hésitation.

Ici, messieurs, comme vous l'avez tous si bien dit, c'est la fête de l'esprit et du cœur, et tous les ans, en nous rapprochant des orients divers du monde entier, nos Congrès rassemblent nos efforts, nos labeurs, nos trouvailles scientifiques et aussi, disons-le bien haut, nos sympathies et nos amitiés.

C'est le travail sain et joyeux qui s'accomplit et, comme le disait fort élégamment dans l'ampleur de sa belle langue castillane, le délégué de Madrid, M. Subirana, c'est le centre de la fermentation intellectuelle, c'est de nos contacts réciproques que doivent sortir l'élaboration du progrès et l'atteinte d'une vie meilleure.

Vous avez tous, messieurs, remercié chaudement la Société des dentistes du Midi de l'accueil grandiose qu'elle nous faisait dans cette ville vibrante de lumière, de poésie et d'harmonie, où les hommes sont, sinon meilleurs, du moins plus enthousiastes que dans le Nord, et, à notre tour, nous adressons M. Fayoux et moi, délégués de l'École de Bordeaux, nos hommages au D[r] Chemin qui préside la Société des dentistes du Midi, et aux confrères qui sont groupés autour de lui pour nous faire une si brillante réception.

Certes, messieurs, tout serait pour le mieux dans la plus belle ville du Midi et entre les meilleurs des hommes, si notre distingué président, M. le D[r] Sauvez, n'allait nous quitter dans quelques minutes pour aller vers le Nord, à Stockholm, ville que nous n'entrevoyons que glacée et couverte de neige. Mais qu'avons-nous, en somme, à regretter, à part notre bon président, puisqu'il nous laisse le beau soleil du Midi pour nous éclairer et pour nous diriger dans notre marche, de l'espace et Delair ?

Aussi, pour terminer, je lève mon verre, à vous tous messieurs les congressistes, à vos travaux, à vos efforts et à l'espoir de nous rencontrer l'an prochain à Angers ou à Madrid, aussi avides de lumière qu'aujourd'hui, aussi imbus de l'oxygène de l'air,qui, suivant les paroles de M.Subirana, renouvelle les énergies du sang, retrempe les forces et éveille le désir des progrès sans limites. (*Applaudissements.*)

TOAST DE M. VICHOT,

Secrétaire général de la Section d'Odontologie.

Messieurs,

Je n'ai pas l'intention de retenir votre attention par un discours, mes bien faibles dispositions oratoires ne me le permettant pas. Je veux cependant vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en me chargeant du mandat de centraliser les communications et les discussions si savantes de nos distingués confrères.

Ces fonctions de secrétaire général que vous m'avez confiées sont une marque d'estime pour la jeune École de Lyon, que j'ai l'honneur de représenter parmi vous.

Au nom de l'École dentaire et de la Société d'Odontologie de Lyon, je lève mon verre à toutes les Sociétés présentes, la Société des dentistes du Midi, la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. et à son distingué président, notre ami le Dr Sauvez. (*Applaudissements.*)

Enfin M. Blatter boit aux absents, à ceux qui vont représenter nos groupements à Stockholm et notamment à M. Godon. Inutile d'ajouter que d'unanimes applaudissements témoignent la sympathie que tous éprouvent pour notre directeur.

Sitôt les toasts terminés, nous passons dans une autre salle où le café est servi et où nous avons le plaisir de retrouver les dames; un bal s'improvise, entremêlé d'intermèdes charmants qui nous permettent d'applaudir la belle voix de mezzo-soprano de Mme Rozenbaum, le remarquable talent de flûtiste de M. Périé, le talent de fin diseur de M. Rolland, les chants de MM. Vidal et Diparraguerre; quant à M. Beltrami, notre exquis confrère de Marseille, comme conteur et comme chanteur il a su rallier tous les suffrages. Aussi est-ce à grand'-peine qu'à trois heures du matin nous parvenons à nous séparer.

Dimanche 10 août, matinée.

Nous nous retrouvons (quelques intrépides seulement) au rendez-vous fixé à 9 heures et, sous la conduite de nos aimables confrères de Toulouse, nous visitons une partie de cette si jolie ville, nous allons admirer le Capitole et la salle des Illustres. Puis, à midi, le déjeuner nous réunit tous au Grand hôtel de l'Europe et du Midi.

A 2 heures, une théorie de landaus, gracieusement mis à notre disposition par nos confrères du Midi, nous conduit dans Toulouse et ses environs et, après une délicieuse promenade sur les bords de la Garonne, nous ramène pour le dîner au café-restaurant Lafayette. Au dessert, nouveaux toasts; dans mes notes je ne retrouve que celui que M. Siffre prononça à la suite du Dr Chemin et que voici:

Mesdames,

Nous avons jusqu'ici été privés de votre présence, des raisons d'ordre protocolaire, n'ont pas permis paraît-il de vous posséder à nos côtés au banquet d'hier soir; j'en serais navré, si cette soirée n'effaçait pas la peine qu'impose souvent le strict devoir officiel.

Le Dr Chemin vient de boire en votre honneur; moi je bois à vos grâces, mesdames.

Citons cependant un très vibrant toast de notre galant confrère espagnol.

Lundi 11 août, matinée, 1re séance de démonstrations pratiques au Dispensaire du bureau de bienfaisance.

Des démonstrations très intéressantes par MM. Rolland, Blatter, Subirana, Rigolet, Siffre, Fayoux, Choquet prennent toute la matinée.

Midi.

Nos charmants confrères de Toulouse, qui ont tenu à nous faire connaître les principales ressources gastronomiques de leur belle cité, nous conduisent déjeuner au restaurant des Capitouls, d'où nous nous échappons pour retourner au Dispensaire.

Après-midi, 2e séance de démonstrations pratiques.

Là, pendant plus d'une heure, M. Delair nous fait une démonstration parlée sur la façon de fabriquer les admirables travaux qui ont fait sa réputation, notamment les voiles palatins, et chacun admire son talent d'exposition si clair, en même temps que la somme énorme de recherches et de tâtonnements par lesquels il a dû passer avant d'arriver à cette perfection.

Puis nous examinons les objets et fournitures exposés par la maison Ott, de Paris.

Enfin M. Siffre ayant prévenu qu'il ne pourrait se trouver mercredi matin à Montauban, il est décidé de consacrer le reste de l'après-midi à une

4e séance de la Section d'Odontologie

et M. Siffre nous fait les trois communications que nos lecteurs pourront apprécier ultérieurement.

7 h. 1/2. Banquet offert aux congressistes et à leurs femmes au Grand hôtel par la Société des dentistes du Midi.

Nos aimables confrères du Midi avaient tenu à clôturer notre séjour à Toulouse par une réunion familiale et nous avaient réunis autour d'une table coquettement fleurie en l'honneur des dames. Les réunions précédentes avaient brisé la glace qui existe au début de nouvelles relations, la plus franche gaieté régnait en souveraine maî-

tresse pendant que nous savourions l'excellent menu qui nous était servi.

Au champagne, M. le Dr Chemin lève son verre aux congressistes.

M. Delair, dans une improvisation poétique et vibrante, remercie les dentistes du Midi et se félicite de la présence des dames à ce banquet.

Qu'on me permette de rapporter les quelques paroles que j'ai prononcées alors :

Mesdames, Messieurs,

Le représentant de *L'Odontologie*, vraiment confus de la magnificence et de la cordialité de votre accueil dans cette splendide ville de Toulouse, ne peut se dispenser de vous en exprimer toute sa reconnaissance émue. Il en est d'autant plus touché qu'il a retrouvé ici un certain nombre d'anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris, il pourrait dire tout aussi justement un certain nombre d'anciens amis.

Ces quelques jours passés ensemble laisseront dans nos cœurs un souvenir intense ; ils nous laissent aussi un regret, celui de vous quitter si tôt. En vous disant non pas adieu, mais au revoir, je lève mon verre à la Société des dentistes du Midi, aux membres de son bureau et à son distingué président, M. le Dr Chemin. Permettez-moi d'associer à ce dernier un respectueux tribut d'hommages à la toute charmante Mme Chemin. (*Applaudissements.*)

Puis M. Siffre s'exprime ainsi :

Mesdames, Messieurs,

C'est avec une forte émotion que je prends ce soir la parole et mon cœur bat fort en pensant que l'apprenti d'il y a vingt-cinq ans, représente ici l'Association Odontotechnique et l'Ecole dentaire de France, où il a l'honneur d'être professeur et à laquelle appartient votre distingué président M. le Dr Nux.

J'ai à remercier nos confrères du Midi de leur si charmante et si cordiale réception et à rendre hommage aux dames qui, ce soir, pour ne rien enlever de la sévérité officielle qui doit présider un banquet, sont au contraire le lien indispensable qui unit notre confraternelle sympathie et qui la transformera le mieux en amitié.

Il ne suffit pas de faire de la science, d'apporter à chaque occasion des travaux même transcendants, de prononcer après dîner des discours remplis de choses reconnaissantes ou louangeuses, pour qu'en se retrouvant chez lui chacun de nous en éprouve *ipso facto* une amitié immense pour les autres de ses confrères orateurs ou auditeurs.

Louangé ou louangeur, la science est plutôt froide, et la lecture des travaux quelques mois après n'est pas faite pour réchauffer le cœur de celui qui ne voit qu'un fait scientifique accepté ou

combattu, mais qui ne lui produira pas la même émotion que le souvenir des charmantes soirées passées au milieu de vous, mesdames, qui êtes, somme toute, la plus agréable communication de ce Congrès.

Le deuxième Congrès de l'A.F.A.S. doit être une transition entre les anciens et les futurs Congrès dentaires. Il faut que les dentistes de province se groupent, très serrés et bien la main dans la main, et reçoivent à l'occasion de ces assises scientifiques et professionnelles leurs confrères, dans les divers chefs-lieux de leurs Sociétés et montrent aux confrères de Paris que la province peut quand elle veut.

Évidemment à Paris où nous sommes le nombre, où fatalement chacun de nous doit avancer, parce que pris dans le mouvement comme dans une foule, il doit la suivre ou se laisser porter par elle, nous semblons faire beaucoup.

Les Sociétés, les écoles, donnent des moyens de recueillir, d'étudier et de mettre au point une foule de questions, cela est certain, mais chacun de vous peut recueillir, observer et apporter dans sa Société locale et dans des occasions comme celle qui nous réunit ce soir le fruit de ses observations et de ses études.

Vous pouvez dans votre simple action individuelle trouver chaque jour et apporter une pierre à l'édifice que les dentistes français veulent élever.

Que les Ecoles dentaires aient été les architectes du monument, et que Paris ait l'honneur d'en posséder les fondateurs, d'accord ; mais je veux que nos confrères de province en soient les décorateurs, et que les pierres de notre édifice soient scellées au ciment de l'amitié.

Cette amitié, dont nous voyons la plus belle et la plus franche manifestation dans ce Congrès de Montauban-Toulouse, va, j'en ai la conviction, aller en grandissant, nous forçant tous à assister aux réunions futures, et si nous sommes attirés par les savantes communications, les savants travaux de nos confrères, nous y serons attirés aussi et poussés même par notre famille, car, au lieu d'y venir seuls en savants sévères, nous y viendrons avec nos épouses, et elles retiendront facilement les noms des aimables et spirituels confrères qui nous ont fait passer de si agréables moments.

Et Sauvez ne signifiera pas seulement président de la Section odontologique du 31e Congrès de l'A.F.A.S., mais bien le plus aimable amphitryon, qui nous a donné dans la réception de vendredi l'occasion de fondre la glace scientifique à nos séances, au feu de nos cœurs allumés par le roc des vins de France, si largement versés dans nos coupes.

Vous, mesdames, vous ignorez, si toutefois vous en avez entendu parler, la migration physiologique et l'articulation temporo-maxillaire

et les rapports des arcades entre elles pour ne vous souvenir que des noms de Beltrami, le spirituel et amusant conteur, de Périé, l'artiste si distingué, de Subirana, le chaleureux et bouillant danseur.

Nous nous en souviendrons tous, nous nous souviendrons surtout de nos confrères du Midi, de leur réception si amicale, et c'est pour eux que je lève mon verre et que je bois en l'honneur du Dr Chemin, leur vaillant président et en l'honneur de notre doyen en l'occasion, notre sympathique confrère Alaux. *(Applaudissements.)*

Ensuite M. le Dr Dubar remercie M. le Dr Chemin de la bonne grâce de son accueil.

Enfin M. le Dr Rolland, dans une spirituelle improvisation, fait une très amusante comparaison des différents Congrès français et étrangers auxquels il lui a été permis d'assister; il termine, faisant allusion à la conférence de jeudi « sur la télégraphie sans fil », en assurant que désormais entre les congressistes de notre beau pays de France, qu'ils soient des bords de la Garonne, du Nord ou du Midi, il n'est plus besoin de fil télégraphique pour ressentir, en pensant aux uns et aux autres, un courant de sympathie que l'avenir ne fera que développer.

Mais l'heure s'écoule, trêve aux discours, les accords d'une valse entraînante retentissent et les danses commencent pour continuer fort avant dans la nuit.

Mardi 12 août.

Jour de repos. Nous en profitons, Delair, Siffre et moi, pour visiter plus à loisir quelques beaux monuments de Toulouse, puis nous allons faire nos visites d'adieux à nos charmants amphitryons et nous reprenons, Delair et moi, très mélancoliquement le chemin de Montauban.

Mercredi 13 août matinée, 5e et dernière séance de la Section d'Odontologie à Montauban.

Après la lecture des communications de MM. Marronneaud, Frey et Georges Lemerle, Pont et Heïdé, M. Delair, qui présidait la séance, félicite les auteurs de leurs intéressants travaux; il est heureux de constater l'importance de cette session, qu'il déclare close, et chacun, tout heureux de ces quelques jours de travail actif et de plaisir intense passés en commun, se retire avec une pointe d'émotion au cœur, en étreignant cordialement les mains tendues vers lui, et tous se disent : au revoir, à bientôt, à Madrid et à Angers!

EDMOND PAPOT.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session
Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Vendredi 8 août.

1re SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN.

Présidence de M. le Dr E. SAUVEZ, président.

M. le président déclare la session ouverte et prononce le discours d'ouverture.

ALLOCUTION DE M. LE Dr SAUVEZ

Président de la Section d'Odontologie.

Messieurs et chers confrères,

Mon premier devoir est de vous adresser mes remerciements bien sincères pour m'avoir appelé à organiser et à présider la deuxième session de la Section d'Odontologie.

C'est un honneur dont je sens tout le prix, mais que je ne puis ni ne veux garder pour moi seul, car il faut surtout féliciter celui d'entre nous qui a, par son heureuse initiative, amené la création de cette Section d'Odontologie dans l'Association française pour l'avancement des sciences, c'est-à-dire mon excellent confrère et ami Godon, dont il est inutile de faire l'éloge.

Son nom suffit à l'heure actuelle pour indiquer initiative, progrès. Aussi, l'année dernière, le Conseil de l'Association l'avait-il appelé à présider notre première session, à Ajaccio, et cet hommage lui était bien dû.

Nous devons également adresser nos remerciements au Conseil de l'Association et particulièrement à son secrétaire, notre maître le professeur Gariel, pour nous avoir admis à former une section dans ce groupement des savants les plus illustres dont s'honore notre beau pays.

Enfin je dois également, Messieurs et chers confrères, vous adresser mes remerciements à vous tous, qui avez bien voulu collaborer au succès de cette session par vos communications, vos présentations et par votre présence même dans cette ville à un moment où tous vous aspirez à prendre un repos si mérité par votre travail de l'année.

Je ne veux pas, à dessein, vous parler longuement de l'Association pour l'avancement des sciences, car vous trouverez dans la notice historique qui vous sera remise, sur votre demande, tous les renseignements désirables à son sujet. Son nom seul explique son but, et, comme je l'ai déjà dit dans la lettre qui a été adressée à chacun de vous, elle se propose exclusivement de favoriser, par tous les moyens en son pouvoir, le progrès et la diffusion des sciences, au double point de vue du perfectionnement de la théorie pure et du développement des applications pratiques.

Si je répète à dessein ce premier article des statuts de l'Association, c'est pour qu'il soit bien présent à votre esprit et que vous compreniez que notre Section ne doit pas s'en tenir, comme certains l'ont prétendu, aux sources, aux principes, à la théorie, aux côtés scientifiques réels par lesquels l'Odontologie se rattache à la science en général.

A mon avis, cette Section est la suite des Congrès nationaux, que nous avons eu jadis tant de peine à organiser. Je pourrais dire qu'elle en présente tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

Elle fait suite aux Congrès de Bordeaux, de Nancy, de Paris, de Lyon, d'Ajaccio.

Elle doit s'occuper d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique dentaires, elle doit s'occuper de la prothèse qui est une des branches les plus importantes de la science odontologique.

L'Odontologie est une science appliquée et ses applications sont sa partie principale. Il y a dans cette Association plusieurs sections analogues, qui sont des sections de sciences appliquées et il vous suffira de jeter un coup d'œil sur les comptes rendus et les programmes pour être pénétrés de cette vérité.

Que seraient les sections d'électricité médicale, d'agronomie, d'hygiène, etc., si les mémoires qui y sont présentés, si les discussions qui y sont tenues, n'avaient pas d'applications pratiques ?

L'année dernière, l'enfant qui a nom Section d'Odontologie venait au monde et dans des conditions peu favorables, étant donné l'éloignement de la Corse et l'absence de dentistes dans ce pays. Mais cette fois, l'enfant a déjà une année, il a fait ses premières dents, il commence à marcher d'un pas plus assuré, il a plus de force et il est entouré de la sollicitude de la plupart des dentistes et particulièrement de la Société formée par les dentistes du Midi, que je suis heureux de remercier ici pour la collaboration active et aimable qu'elle a apportée à notre Section.

J'étais chargé, cette année, de veiller aux premiers pas de cet enfant et c'est pourquoi j'ai réfléchi à la meilleure orientation que je devais leur donner.

C'est alors que j'ai vu que plusieurs des autres sections, ses sœurs, traitaient non seulement de questions théoriques, mais aussi d'applications pratiques, telle que la traction électrique urbaine et suburbaine, qui est à l'ordre du jour pour cette année.

J'ai pensé que deux facteurs devaient me guider ;

1° Les statuts de l'Association, dont l'article premier dit « théorie pure et applications pratiques » ;

2° Les éléments que composent la Section, c'est-à-dire le monde des dentistes ; or, celui-ci est composé surtout de praticiens, à part quelques rares exceptions que nous sommes heureux de saluer ; ces praticiens ont acquis l'instruction qui est nécessaire à leur art, instruction variée, assez complète ; et ils s'occupent d'appliquer pratiquement cette instruction.

Si j'insiste sur ce point, Messieurs et chers confrères, c'est pour vous expliquer pourquoi j'ai organisé les travaux de la Section comme vous avez pu le voir par le programme paru dans le journal *L'Odontologie*.

C'est pour surveiller cette orientation que j'ai été, à Pâques, à Lyon et à Bordeaux, afin de chercher dans ces villes des confrères acceptant de faire des communications et des démonstrations pratiques. C'est pour cette raison également que je suis venu à Toulouse, où j'ai été assez heureux pour reconstituer la Société des dentistes du Midi, le phénix renaissant de ses cendres.

C'est à dessein que j'ai placé une journée de démonstrations pratiques à Toulouse, le lundi, sous les auspices de la Société du Midi. C'est à dessein également que j'ai cherché à provoquer des communications de pratique courante, et j'espère que ceux qui auront l'honneur de me succéder dans la présidence tiendront compte de cette orientation et de ces raisons.

Je craindrais, s'il en était autrement, de voir s'égrener peu à peu le noyau des fidèles qui viennent depuis si longtemps à nos Congrès nationaux.

J'ai la conviction, au contraire, qu'en suivant cette orientation le nombre des membres de la Section augmentera sans cesse et que le chiffre de cent sera bientôt dépassé.

Quant aux moyens pratiques de réalisation, il sera facile à trouver, car notre pays possède actuellement assez de groupements régionaux pour que le président nommé soit assuré de leur collaboration — et, de plus, la Fédération nationale tiendra ses assises régulièrement au même moment et dans la même ville.

Je viens de vous expliquer comment je comprends l'orientation de cette session annuelle de la Section d'Odontologie dans l'Association française pour l'avancement des sciences, dans l'A. F. A. S. comme on dit couramment.

Je ne veux pas retarder le début de ce Congrès par un long discours. J'espère que les travaux qui vous seront présentés auront pour effet de vous engager à venir plus nom-

breux encore dans les sessions suivantes. J'espère que vous vous convaincrez de l'importance du moyen d'action qui vous est offert par l'hospitalité que nous a donnée l'Association en créant notre section avec son indépendance, son initiative, son autonomie.

Grâce à ce patronage puissant, à l'autorité morale qui s'attache si légitimement à tout ce qui fait partie de l'Association, nous contribuerons, en augmentant d'année en année le nombre des congressistes et l'importance de nos communications, à élever dans notre Société le prestige du chirurgien-dentiste.

Ce mot de chirurgien ne vous rappelle-t-il pas que la classe des hommes éminents qui portent ce titre a été longtemps aussi au moyen-âge en butte à la jalousie et aux vexations de la corporation des médecins? Ils étaient mêlés avec les barbiers, dans les derniers rangs de l'échelle sociale, et aujourd'hui ils sont considérés parmi les premiers de la Société!

Il dépend de vous d'arriver aussi aux premières places. Déjà la réglementation officieuse créée par les écoles dentaires avait élevé légèrement le niveau de la profession. La réglementation officielle a accentué cette ascension, et la création de la Section d'Odontologie dans l'Association marque encore un degré de plus.

Cette élévation sera graduelle, certaine, si nous restons cantonnés nettement dans notre domaine, sans vouloir faire d'incursion sur le territoire voisin, et, si les dentistes continuent à se réunir, à se grouper, pour prendre part à toutes les manifestations élevées de l'esprit humain, vous pouvez être certains que le jour est proche où le chirurgien-dentiste parviendra à la situation qu'il mérite par ses études antérieures et les services qu'il rend à la Société.

Ainsi donc, mettons-nous courageusement et résolument au travail. Nous servirons ainsi la bonne cause, à laquelle nous sommes tous dévoués, c'est-à-dire le relèvement de la science odontologique et l'avenir de la profession dentaire. (*Applaudissements*).

I. — CORRESPONDANCE.

M. Sauvez communique les excuses qu'il a reçues de plusieurs membres, puis il donne lecture des deux lettres suivantes :

XIV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Sous le Patronage de S. M. le Roi Don Alphonse XIII et de S. M. la Reine Régente.
Madrid, 23-30 avril 1903.

M. le Président de la Section d'Odontologie au Congrès de Montauban.

Mon cher ami,

Comme vous le savez, j'ai quitté Madrid commissionné par le Comité d'organisation du XIV[e] Congrès international de médecine pour porter les invitations de la Section d'Odontologie aux meetings de Munich, de Montauban et de Stockholm, mais maintenant je vois l'impossibilité matérielle d'être le 5 à Munich, le 7 à Montauban et le 11 à Stockholm pour la réunion des « Advisory Boards ».

Je suis donc obligé de vous prier de présenter notre invitation à nos confrères de Montauban.

Je vous envoie des règlements[1] et des bulletins d'inscription pour qu'on puisse les remplir ; vous pourrez même accepter les cotisations pour faciliter nos confrères.

Annoncez-leur que les Compagnies des chemins de fer français et espagnols ont accordé une réduction de 50 0/0 sur les prix des billets pour les congressistes et assurez-leur de notre part que le gouvernement et les sociétés espagnoles feront tout leur possible pour rendre intéressant et agréable à nos hôtes leur séjour en Espagne.

Quant aux sentiments de la classe odontologique en Espagne pour nos confrères de France, je n'ai pas besoin de vous dire que, par raison de voisinage et d'origine, nous ressentons votre influence et nous vous considérons comme nos frères et, ces sentiments de profonde amitié et sympathie ont été prouvés à l'occasion du Congrès de Paris, où l'Espagne était si largement représentée.

Agréez, mon cher ami, mes sincères salutations.

FLORESTAN AGUILAR.

XIV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Sous le Patronage de S. M. le Roi Don Alphonse XIII et de S. M. la Reine Régente.
Madrid, 23-30 avril 1903.

A M. le Président et à MM. les membres de la Section d'Odontologie du Congrès de Montauban.

Messieurs,

Le XIV[e] Congrès international de médecine aura lieu à Madrid du 23 au 30 avril 1903. La section XII est consacrée à l'Odontologie.

---

1. Nous publions ce règlement p. 231 du présent numéro.

La Commission d'organisation et le Comité exécutif du Congrès invitent toutes les personnes qui se consacrent à l'étude des sciences médicales ou qui s'intéressent au développement et au progrès de celles-ci, dans tous les pays du monde, à coopérer par leurs travaux au succès d'une œuvre si importante. Ils sollicitent dans ce but, votre concours, avec l'espoir de vous voir vous inscrire sur la liste des membres du Congrès.

Nous nous permettons de vous envoyer ci-joint le règlement du Congrès et un bulletin d'adhésion que vous voudrez bien remplir et nous renvoyer dans le plus bref délai possible, si, comme nous l'espérons, votre coopération nous est acquise.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président, JULIAN CALLEJA.

Le Secrétaire général, ANGEL FERNANDEZ CARO.

M. Luis Subirana s'exprime en ces termes :

Mesdames et Messieurs,

De même que la force est inséparable de la matière, de même l'émotion est inséparable de mon âme quand j'ai à m'occuper de ma profession devant une collectivité, quoique je doive me limiter, comme dans ce moment, à adresser un salut cordial au nom de mes confrères espagnols.

De passage à Bordeaux en route pour l'Europe centrale, j'ai appris que mon distingué confrère M. Aguilar n'assistait pas à ce Congrès, contrairement à son intention, obligé de se rendre à la réunion de Stockholm, et alors je me suis cru dans l'obligation morale au triple titre de journaliste, de secrétaire général de la Société odontologique et de secrétaire adjoint de la Section d'Odontologie du prochain Congrès de médecine, de venir à Montauban.

Ainsi donc si comme journaliste je viens recueillir vos théories pour les répéter dans mon pays à la manière d'un phonographe imparfait, comme secrétaire de la Société je viens vous offrir notre modeste maison, et comme secrétaire adjoint du prochain Congrès odontologique que nous tiendrons en avril, dans la capitale de l'Espagne, je viens vous faire une invitation réitérée, également au nom de mon collègue M. Aguilar, président de notre Société, pour que vous assistiez au XIVe Congrès international de médecine, où, indépendamment de l'attrait que peut vous offrir la vieille Espagne, vous rencontrerez notre admiration et notre amitié la plus confraternelle. (*Applaudissements.*)

M. Sauvez est l'interprète de tous en remerciant M. Luis Subirana et le Dr Aguilar d'avoir pu conserver à la Section d'Odontologie

du Congrès de Madrid le titre de Section d'Odontologie et non de stomatologie.

II. — Election du bureau pour 1902.

Sont élus : vice-présidents, MM. Delair (Nevers).
— Alaux (Toulouse).
Secrétaire général, Vichot (Lyon).

III.

M. Delair fait ensuite la communication suivante :

PRINCIPES DE PHONÉTIQUE ET D'ORTHOLOGIE

LEURS RAPPORTS AVEC LA PROTHÈSE RESTAURATRICE VÉLO-PALATINE

Par Léon Delair,
Chef de clinique de prothèse restauratrice bucco-faciale
à l'Ecole dentaire de Paris.

Il y a quelque vingt-cinq ans, en France, l'art dentaire n'était à proprement parler que l'art dentaire, c'est-à-dire qu'il était exercé bien plus par des artistes que par des hommes de science.

Depuis, une profonde évolution s'est opérée, qui a élevé notre profession à un tel degré de perfection que le chirurgien-dentiste de notre pays n'a plus rien à envier à aucune nation des deux continents. Au Congrès international dentaire de 1900 à Paris, nous avons prouvé au monde médical que les connaissances possédées par le chirurgien-dentiste ne sont pas seulement du domaine de l'art, mais qu'aujourd'hui elles sont aussi du domaine de la science, car dans nos écoles dentaires françaises la science a largement droit de cité.

La physique, la chimie, l'histologie, la radiographie, l'anesthésie, le droit médical, jadis peu connus de nous, font partie maintenant du programme que tout futur chirurgien-dentiste est appelé à bien connaître.

Et c'est pourquoi devant ces preuves multiples de savoir que le chirurgien-dentiste moderne donne au monde savant,

nous nous sommes vu ouvrir les portes de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui compte parmi ses membres les hommes les plus éminents par leurs connaissances scientifiques, et dont la France s'honore.

Dans nos sociétés professionnelles chacun de nous s'efforce de signaler à ses confrères, l'un un procédé opératoire nouveau, l'autre un travail technique simplifié ou perfectionné. Ici, sans cependant reléguer au second plan la technique odontologique, ni les diverses branches de notre art, nous nous faisons un devoir de nous communiquer surtout nos idées et nos recherches sur les sciences ayant un rapport direct avec l'art dentaire.

Aux sciences que j'énumérais tout à l'heure doit s'en ajouter une, non cultivée par nous, et dont cependant nous aurions intérêt à posséder au moins les éléments, c'est l'orthophonie.

Les infirmes de la parole sont légion ; chaque jour nous en coudoyons, l'oreille exercée de l'observateur en rencontre partout. Mutité, blésité, zézaiement, chuintement, clichement, grasseyement, sont traités couramment par des méthodes scientifiques enseignées aujourd'hui par des hommes éminents et qui donnent d'admirables résultats.

Mais il est une infirmité de la parole des plus répandues, comme aussi une de celles qui affligent le plus profondément ceux qui en sont frappés, qu'ils soient riches ou non, c'est celle qui résulte de la malformation vélo-palatine. Je ne saurais assez vous dire, ayant écouté les lamentations de beaucoup de malheureux qui en sont atteints, combien ils souffrent, combien ils sont à plaindre, et combien nous pourrions contribuer à leur rendre l'existence moins pénible.

On s'apitoie avec raison sur le sort des aveugles et des muets, qui sont bien plus nombreux, parce que, sans l'éducation spéciale qui leur est donnée, ces infirmes seraient condamnés à mourir de faim. Mais pour les premiers, on ne fait à peu près rien, pour cette raison que leur infirmité n'est pas reconnue assez pitoyable sans doute. Pourtant, tout comme les autres humains, rustres ou raffinés, ils au-

raient besoin d'exprimer correctement par la parole les délicats sentiments qu'ils ressentent, les émotions tristes ou gaies qu'ils éprouvent.

Ils sont au moins douze mille rien qu'en France et ce serait pour le dentiste une belle tâche que de se consacrer davantage à leur soulagement. Je suis persuadé que, s'il ne l'a pas fait plus jusqu'ici, c'est que, souvent, après s'être imposé un long et délicat travail de prothèse, il n'a pas vu s'améliorer la parole de son sujet et que l'insuccès n'a pu que le décourager.

Mais que désormais le chirurgien-dentiste s'astreigne à l'étude spéciale de l'orthologie, qu'il complète en un mot son travail d'art par l'application des principes de cette science, et leur rôle simultané et intimement lié lui permettra d'obtenir des résultats surprenants et jusqu'à présent encore insoupçonnés.

Je vous ai présenté l'an dernier, au congrès d'Ajaccio, mon voile à clapet de forme toute particulière, basé sur ce principe fondamental de la prothèse restauratrice qu'il faut, selon moi, pour arriver à remplacer par un appareil de prothèse un organe absent ou perdu, s'appliquer, pour l'exécution de celui-ci, à observer bien moins les dimensions et formes anatomiques de l'organe naturel que son action physiologique.

Je vous ai démontré, à ma clinique de prothèse restauratrice de l'École dentaire de Paris, que mon procédé est facilement applicable, puisque de nombreux élèves de troisième et de quatrième année ont pu eux-mêmes faire et poser, avec succès, à des malades, aussi bien mon voile à clapet en caoutchouc mou, que son petit mécanisme de suspension en métal.

Enfin, à la Société d'Odontologie, je vous ai présenté une femme munie par moi d'un dentier en or auquel est assujetti mon voile à clapet, et vous avez entendu cette femme s'exprimer devant vous, réciter les plus difficiles exercices orthologiques qu'il soit possible de réunir, et cela d'une façon qu'il ne m'appartient pas de qualifier. Pourtant cette per-

sonne est affligée de l'anomalie la plus étendue qui puisse se rencontrer : la gueule de loup, cas rare et qui prouve que, pour des fissures moindres, nous pouvons plus facilement encore remédier par la prothèse et par l'éducation phonétique à ces pénibles infirmités.

C'est pourquoi j'ai aujourd'hui l'honneur de vous communiquer le résumé strict de l'étude et des remarques que j'ai pu faire, depuis nombre d'années, sur l'orthophonie et l'orthologie dans leurs rapports avec les multiples conformations normales et anormales du voile du palais, et qui me permettent d'obtenir les résultats que vous avez constatés.

Je passerai sous silence (de savants auteurs, plus autorisés que moi, ayant traité la question dans des ouvrages spéciaux) l'anatomie du larynx et des organes accessoires de la parole ; je ne vous imposerai pas la théorie de la physique du son, en ce qui concerne la voix humaine ; je ne vous parlerai pas non plus de la physiologie de la voix, étude pourtant attachante entre toutes ; je ne m'occuperai ici que du mécanisme de la parole, cette question étant celle qui intéressera surtout ceux qui voudront désormais travailler à adoucir le sort d'une foule d'affligés.

Tout être humain possède la voix : l'enfant vagissant, le simple d'esprit, émettent avec leur voix des sons simples ou voyelles qui, exprimés seuls, ne peuvent avoir qu'une signification très restreinte. Ainsi A leur servira à exprimer la douleur, O la crainte, É l'hébétation, la surprise, I le rire, U et E un besoin quelconque. Les sons composés EI. AI. EU. OU. et les diphtongues n'auront dans leur bouche qu'un sens vague indéfini. Pour l'émission de ces sons simples, inarticulés ou voyelles, le courant d'air expiré fait, à sa sortie de la glotte, vibrer les cordes vocales inférieures et produit le son. Le larynx est donc le siège exclusif du son, et par conséquent l'organe principal de la phonation ou de la voix. Ce son laryngien poussé par la colonne d'air s'élève dans le pharynx sous forme de matière première en quelque sorte, que les organes accessoires vont transformer en modifiant, selon les besoins, la capacité et la forme du

passage vocal. Ces organes accessoires sont : le pharynx, le voile du palais, les joues, les lèvres, les dents et la langue.

Du pharynx, après avoir franchi, en se renforçant, les ventricules de Morgagni et les bandes ventriculaires, le courant d'air vient heurter le voile du palais, plus ou moins relevé et appliqué contre la paroi du pharynx, et produit alors les sons A. E. I. O. U. suivant la forme donnée à la cavité de résonnance buccale. Cette cavité doit être portée à son maximum de dimension pour l'émission du son U, à son minimum pour le son I. Le son le plus naturel produit par le larynx est l'A, qui ne nécessite l'effort d'aucun organe accessoire, l'épiglotte seule restant abaissée.

Suivant que le son laryngien devra être modifié par tel ou tel organe, nous classerons les sons en trois groupes. A. É. Ê. I., qui se prononcent du larynx rien que par la projection de la colonne d'air contre la voûte palatine, seront des palatales ; U. O., qui exigent pour leur émission le rapprochement des lèvres, seront les labiales ; enfin E, qui se prononce en même temps des lèvres et du palais, sera un son intermédiaire. D'après Czermak, l'émission pure de ces sons exige une conformation anatomique parfaite du voile du palais. Pendant la production de ces sons, la partie postérieure du voile du palais s'élève et s'applique, à des degrés différents, contre le bourrelet formé par le constricteur supérieur du pharynx, à la paroi postérieure de celui-ci.

S'il existe la plus petite ouverture sur l'étendue du voile du palais, la colonne d'air expiré pénètre, par cette fissure, au delà, dans la cavité de résonnance nasale, et par conséquent le son devient nasal, et, au lieu des sons purs A. I. O. U., ces sons deviennent An. In. On. Un. Ces sons nasonnés caractérisent l'infirmité vélo-palatine et frappent notre oreille d'une façon plus ou moins désagréable, tandis que chez le sujet dont le voile est normalement constitué, celui-ci doit s'abaisser pour laisser librement la colonne d'air pénétrer dans la cavité de résonnance nasale, y vibrer contre les parois et produire les sons nasaux.

C'est donc la résonnance du son, à la fois dans les cavités nasale et buccale, qui donne à la voix de chacun son timbre particulier et qui fait qu'il est possible de reconnaître, sans le voir, un individu, au timbre de sa voix.

Ces principes élémentaires d'orthophonie nous permettront d'étudier plus facilement ceux de l'orthologie, qui est l'art de parler correctement. Nous laisserons de côté la didactique pour ne nous préoccuper que de l'obtention mécanique des articulations qui sont les consonnes, et des sons articulés qui sont les voyelles unies aux consonnes et qui se forment dans le pharynx et les cavités de résonnance pour produire la parole.

D'après le physiologiste J. Béclard, « la parole est un produit de l'intelligence qui ne reçoit du larynx que le son ». En effet, la parole n'est pas une fonction naturelle comme la respiration, c'est une fonction acquise par l'éducation de certains muscles ou organes qui sont exercés à produire différents sons articulés.

Les articulations ou consonnes de notre langue sont de deux sortes :

1° Celles qui sont émises sans voix, c'est-à-dire rien que par la sortie du souffle avec plus ou moins de force, sans qu'il soit nécessaire que les cordes vocales entrent en vibration.

P. F. T. S. Ç. L. CH. K. C. Q. X ;

2° Celles, pour la production desquelles il est essentiel que l'orifice de la glotte, en se resserrant, oppose un obstacle à la sortie de l'air qui, en s'échappant, fait vibrer les cordes vocales.

B. V. D. Z. R. J. G. X. H.

Les articulations n'expriment un son qu'avec le secours des voyelles, et elles sont produites en trois points différents et définis du passage vocal, par l'interruption de la colonne d'air : les lèvres, le bord palatin et le voile du palais.

Pour la production de la plupart de ces différentes articulations, un organe secondaire de la parole joue un très grand rôle, quoique non prépondérant, c'est la langue. La

langue, par ses multiples mouvements antéro-postérieurs, par son extension en épaisseur et par son rapetissement, modifie plus ou moins la capacité de la cavité buccale. Tantôt elle se fait petite, mince, elle s'aplatit sur le plancher de la bouche ; tantôt elle se porte toute en avant et s'appuie derrière les dents supérieures ; ou bien elle vibre la pointe relevée au milieu de la bouche ; parfois elle s'étale derrière toutes les dents à la fois ; ou bien encore elle se creuse pour laisser passer les sons ; enfin, quelquefois, elle se relève en arrière et s'appuie contre le voile du palais. Suivant qu'elle se place dans ces différentes positions et qu'en même temps les autres organes s'écartent ou se rapprochent, elle agit, comme l'a si bien remarqué le Dr Moura, de même que la main introduite plus ou moins par le sonneur dans le pavillon d'un cor de chasse. Ainsi elle modifie la cavité de résonnance buccale et permet de varier à volonté les sons articulés.

L'instinct naturel suggère à l'enfant d'exprimer ses besoins par le son de sa voix, et, à mesure que son intelligence se développe et qu'il peut définir ces besoins, il imite de ses parents les sons simples et les sons articulés qui les expriment. Il grandit et acquiert peu à peu la fonction de la parole à mesure que son cerveau se développe, car l'image de chaque chose s'y grave, et, par l'habitude, il arrive, en grandissant, à considérer ses idées et les mots qui les expriment comme identiques ; il ne peut ni penser ni raisonner sans que ses idées se formulent en mots, lesquels sont le produit de l'effort pour exprimer les idées par le son, et les combinaisons de sons.

Le nouveau-né, dont le voile du palais est normalement constitué, apprend d'abord à se servir de sa langue en tétant. Plus tard, de même qu'un jeune oiseau s'exerce par de doux gazouillements à imiter la voix de ses parents, il écoute les siens avec attention, il babille d'abord tous les sons simples, et enfin il vient un jour où, voulant lui aussi, — faire du bruit — et comprenant que, pour cela, il lui faut à la fois faire agir sa bouche et ses lèvres, il émet, en

soufflant presque sans effort, le son articulé le plus facile à produire, puisque pour cela tous les organes se trouvent à leur position normale, PA. Il s'amuse à clore et à rouvrir sa bouche en répétant le son A et chaque interruption rapide du son lui permet de prononcer PA. PA. PAPA. S'il arrête sa langue dans la même position, ainsi que ses lèvres, mais que cette fois, faisant entrer son larynx en action, il vocalise le mot papa, il articulera BA. BA. Pour l'émission de ces deux mots, son voile du palais est entièrement relevé et appliqué contre son pharynx. S'il l'abaisse et qu'il émette ce même son A en faisant faire à ses lèvres le même mouvement, il articulera MA. MA. puis MAMAN. parce que le son, en pénétrant dans la cavité nasale, résonnera à la fois dans celle-ci et dans la bouche. Encouragé par ce succès, il cherchera de lui-même à produire d'autres variétés de sons, et d'abord, au lieu de faire, avec ses lèvres, obstacle au courant d'air, il l'arrêtera cette fois en appliquant le bord de sa langue contre sa gencive supérieure, et sans effort, rien que par le souffle, il articulera TA. TA. S'il vocalise, TA.TA. deviendra DA.DA, s'il abaisse son voile, il dira NANA. Ainsi, guidé par son oreille, il imitera successivement tous les sons entendus. Sa langue s'accoutumera à se faire toute petite pour la libre et facile transformation de la colonne d'air, jusqu'au jour où, assez habile, elle permettra enfin à l'enfant l'émission des sifflantes et des gutturales, qui exigent l'action de la langue.

Que se passe-t-il, au contraire, chez l'enfant atteint de fissure congénitale du voile?

D'abord, l'allaitement lui est extraordinairement difficile ; mais l'instinct lui suggère de placer sa langue d'une façon toute différente de celle qu'elle devrait adopter pendant cet acte : il la retourne sur le côté et comprime le bout du sein, avec le dessous de sa langue, contre ses gencives inférieures. Plus tard, lorsqu'il commence à babiller, les sons inarticulés se forment dans sa cavité naso-pharyngienne où la colonne d'air est projetée immédiatement dès sa sortie du larynx, et l'enfant nasonne ainsi avant même

d'être en âge de parler. Lorsque, guidé par son oreille, il cherche à imiter les sons articulés qu'il entend, il n'y réussit qu'en habituant peu à peu sa langue à se bouler au fond de sa bouche, puis à s'arcbouter contre les moignons ou débris postérieurs de la fissure, pour en diminuer l'étendue, afin de permettre au son de résonner moins dans les fosses nasales. Il s'accoutume ainsi à ne se servir qu'à peine du bout de la langue, et il arrive insensiblement à accomplir ce tour de force de parler avec la base de sa langue, alors que les enfants du même âge s'habituent, sans effort, à articuler normalement avec l'autre extrémité. Mais cette position anormale de la langue lui fait vocaliser et nasonner toutes les consonnes, alors que normalement, comme je l'ai dit plus haut, plus de la moitié devraient être émises rien que par le souffle. Puis l'âge arrive où l'enfant a besoin d'une alimentation solide. Les aliments ayant tendance à pénétrer dans les fosses nasales, ce qui pour lui est douloureux, il accentue encore l'obturation de la fissure avec le dos de sa langue, pour éviter cet ennui. Ainsi s'acquiert forcément dans le jeune âge, et d'une façon inévitable, le timbre nasonné, qui est dû bien plus au retentissement de la voix dans la cavité nasale et les sinus qu'à la sortie de l'air par les fosses nasales. Corriger cette infirmité de la parole est impossible sans appareil. Les proches de l'enfant s'y accoutument à tel point qu'ils sont à la longue convaincus que l'être qu'ils chérissent parle à peu de chose près comme tout le monde. Ce n'est généralement qu'à l'âge adulte que l'adolescent, livré souvent à lui-même, se rend compte des obstacles que lui crée cette infériorité physique et qu'il commence à en souffrir. On ne s'imagine généralement pas ce que ces malheureux souffrent, surtout lorsqu'ils sont obligés de vivre dans un centre laborieux.

Que pouvons-nous faire pour eux ?

Laissons de côté l'intervention opératoire, méthode Brophy ou autre, staphylorraphie et uranoplastie, puisque notre rôle à nous est plutôt de remédier à cette infirmité par la prothèse. Appliquons d'abord un appareil auquel le sujet

puisse s'accoutumer ; que cet appareil diminue le plus possible la cavité de résonnance nasale et qu'il augmente au contraire celle de la bouche. J'ai obtenu ce double résultat en agrandissant la cavité buccale de toute la partie concave de mon clapet, et inversement en diminuant la cavité nasale de toute l'éminence convexe de ce même clapet ; le timbre de la voix s'en trouve modifié d'une façon heureuse. Je n'entrerai pas davantage dans la description de mon voile, vous le connaissez, vous en avez constaté et apprécié les résultats.

Mais il me reste à vous dire ce que nous pouvons faire, et comment nous pouvons faire pour améliorer la parole d'un sujet auquel nous avons placé un voile artificiel à clapet en caoutchouc mou.

Je me suis étendu peut-être un peu longuement sur le mécanisme de la parole, mais vous allez juger combien étaient indispensables ces explications préliminaires. Le voile étant reconstitué par la prothèse, il nous faut apprendre à notre sujet à se servir de cet organe artificiel en caoutchouc mou. Et la plus grande difficulté pour cela est de lui faire comprendre le mécanisme de la parole, et de bien lui persuader qu'il doit à l'avenir se servir de sa langue d'une façon contraire à celle adoptée par lui jusque-là. Pour cela, prêchons d'exemple : exécutons d'abord devant lui et faisons-lui répéter les exercices de la voix ou phoniques, en déplaçant la base de la langue et en étalant celle-ci à plat le plus possible hors de la bouche.

Commençons par le son A, qui n'exige l'action d'aucun organe autre que le larynx, et faisons-le s'exercer, comme nous, sans que la langue touche au palais, jusqu'à ce que cet exercice puisse être fait sans que la langue bouge, et que ce son inarticulé soit prononcé sans nasonnement ; qu'enfin cet A phonique satisfasse l'oreille la plus subtile.

Répétons le même exercice sur les voyelles palatales É. Ê. I., ensuite sur les labiales U. O., enfin sur E. AI. EI. EU. OU. Inutile d'étudier les sons nasaux an, in, on, etc.

Passons maintenant aux sons articulés.

Conseillerons-nous à notre sujet de s'exercer à articuler grammaticalement Ba, be, bi bo, bu jusqu'à ce qu'il prononce ces sons articulés sans nasonnement? Aucun, au bout d'un certain temps, ne s'astreindra à dire, redire, répéter et répéter encore un si monotone exercice n'ayant aucun sens qui frappe l'esprit.

J'ai donc imaginé de composer, en y mettant le plus de sens possible, une série de phrases que chacun peut modifier et changer à son gré, pourvu que ces phrases aient un sens logique, et que, dans leur construction, il puisse être groupé le plus possible de sons articulés du type de l'articulation à apprendre.

Nous commencerons donc cette gymnastique de la langue par les labiales, et nous insisterons pour que la langue, au lieu de rester normalement derrière les dents inférieures, vienne au contraire d'une façon exagérée les recouvrir et appuyer sa pointe derrière la lèvre ; cette position obtenue, nous ferons exécuter les exercices sans que, autant qu'il est possible, la langue bouge de place. Il est bien entendu que l'adoption de cette position anormale de la langue ne s'appliquera qu'aux exercices sur les consonnes labiales P. B. F. V. M.

Exemple.

1 1 9 8 13 8 1 2
Papa, Paule a peur et pleure ; peut-on lui passer sa petite
9 12 8 6
poupée pour avoir la paix ?

10 11 5 4 7 9
Le père du pêcheur a pu poser sans peine son pouce sur
3 2 14 14
sa pipe propre.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
a e i o u — ai ei eu ou — è ê ée l r

Vous remarquerez, en y prêtant attention, que tous les sons simples et composés sont groupés dans ces deux phrases. Nous exceptons, bien entendu, l'étude des sons articulés nasaux, ceux-ci étant toujours trop bien prononcés

par les sujets qui font l'objet de notre sollicitude: pan, pin, pon. L et R sont considérés comme demi-voyelles.

Nous ferons dire ces exercices de souffle tant que l'articulation n'en sera pas satisfaisante. Puis nous alternerons par un exercice avec le son articulé similaire de P, qui est B, en faisant entrer les cordes vocales en vibration avant l'émission de la consonne. Exemple :

« A l'ombre des bouleaux, à l'abri de la bise, le bon buveur est bien là-bas, sur le banc de son beau berceau herbeux, à boire la bonne bière blonde. »

C'est donc ainsi, en plaçant les organes accessoires de la parole dans la même position, que nous apprendrons la prononciation normale des sons articulés de souffle ou de voix.

L'articulation labiale de souffle F et sa similaire vocale V sont obtenues en faisant obstacle à la sortie de la colonne d'air par l'application du bord de la lèvre inférieure contre le bord coupant des incisives supérieures, et en provoquant la sortie de l'air, entre les lèvres, au niveau des canines.

Les dentales T. D. N. sont obtenues par l'arrêt du courant d'air, avec la langue appuyée derrière toutes les dents supérieures à la fois. Au moment où la langue se retire brusquement, le son de souffle ou de voix éclate en son articulé. S et Z s'obtiennent comme T et D, en plaçant la langue derrière toutes les dents supérieures, sauf les incisives ; ainsi pendant l'émission du son articulé l'air s'échappe en sifflant. Il est indifférent que le son voyelle suive ou précède l'articulation : on articulera aussi bien TA. DA. SA. ZA que AT. AD. AS. AZ.

Mais, pour bien faire comprendre au sujet dont nous aurons entrepris l'éducation phonétique le mécanisme de l'articulation, nous mettrons sous ses yeux divers moulages en plâtre de sa bouche, ou plutôt de sa mâchoire supérieure, et sur ces moules nous marquerons en couleur les points de contact nécessaires de la langue, et nous lui enseignerons à appliquer sa langue de même. Et afin de lui faire distinguer ce qu'il fait de ce qu'il devrait faire, il ne sera pas pour lui de meilleur guide que de le lui faire constater *de*

visu. Pour cela ôtons-lui son appareil, et après l'avoir bien essuyé, badigeonnons-le de craie pulvérisée délayée dans l'alcool et laissons sécher. Replaçons l'appareil et faisons émettre la seule articulation à contrôler, puis retirons l'appareil. Le point où la langue aura touché n'aura plus de blanc, celui-ci ayant été enlevé par la langue humide. Notre sujet ayant toujours tendance à appliquer sa langue plus au fond du palais qu'il ne le faut normalement, nous le lui ferons constater facilement ainsi, et peu à peu nous l'amènerons à placer normalement sa langue.

Ici j'ouvrirai une parenthèse pour donner un avis à mes imitateurs. Que notre sujet ignore, tout en étudiant avec nous une soufflante, quelle vocale il articulera en vocalisant cette soufflante, il y arrivera de lui-même sans efforts. Bien plus, qu'il ne sache pas, après s'être exercé parfois pendant une ou deux semaines à bien dire un couple de sons articulés, quels seront ceux que nous lui conseillerons de travailler ensuite.

Autrement, de même que l'enfant feuillette les dernières pages de son livre pour en regarder plus vite les gravures, de même il croira pouvoir tout de suite s'exercer aux dernières articulations difficiles, et alors nous n'arriverons qu'à un médiocre résultat.

La palatale de souffle L est émise en plaçant la pointe de la langue un peu en arrière des incisives. Le CH s'obtient, ainsi que le J, en appuyant la langue derrière toutes les dents sur le bord palatin et en chassant la colonne d'air par les côtés. Le R en posant la base de la langue contre les secondes petites molaires et les deux premières grosses, pendant que l'extrémité vibre relevée au milieu du palais, sans aucun contact avec lui, pendant le passage de la colonne d'air expiré.

A chaque manœuvre nouvelle, notre sujet, parfois effrayé par les difficultés à vaincre, nous répétera : « Je ne peux pas, je n'y arriverai jamais ! » Multiplions nos encouragements, donnons-lui l'exemple, persuadons-lui qu'il le peut et qu'il fait des progrès, et bientôt nous pourrons exiger de nouveaux efforts.

Ce n'est pas sans une réelle fatigue pour chacun que sont faits ces exercices ; aussi il est bon de ne pas travailler ainsi plus de trente minutes chaque jour.

Nous aborderons enfin l'étude des gutturales de souffle K. C. Q. X. et de voix G. X. H., d'autant plus difficiles à articuler sans nasonnement que, contrairement au principe de cette méthode, qui nous aura réussi par cette raison que nous aurons forcé pour ainsi dire la langue à placer la voix sur les lèvres, nous serons obligés de faire obstacle à la colonne d'air par l'application de la base de la langue contre le voile artificiel du palais. C'est surtout pour l'émission correcte de ces articulations que l'action du clapet est indispensable. La base de la langue s'appliquant intimement contre la partie postérieure du voile artificiel et contre les moignons du voile naturel, l'occlusion de la cavité buccale sera complète. Celle de la cavité nasale le sera également, d'autant plus que le clapet de caoutchouc mou s'appuiera de toutes parts contre les parois du pharynx et les piliers postérieurs. La colonne d'air chassée du larynx s'emmagasinera, pour ainsi dire, dans ce cul-de-sac, et aura tendance encore, en opérant une poussée sur les bords du clapet, à faire joindre celui-ci davantage. Puis, au moment de l'abaissement du maxillaire inférieur, toute la colonne d'air éclatant dans la cavité buccale, les sons articulés K. G. X. seront émis d'autant plus clairement que le caoutchouc de suspension du clapet continuera à maintenir celui-ci en contact avec le constricteur supérieur du pharynx aussi longtemps que les moignons du voile naturel resteront élevés. Ainsi sera évitée la vibration de la colonne d'air contre les parois de la cavité naso-pharyngienne et par conséquent le timbre nasonné.

La langue, enfin domptée et ayant perdu ses mauvaises habitudes, nous devrons l'exercer à émettre indistinctement tous les sons articulés. Pour cela, des exercices variés seront utiles, dans lesquels, au cours de phrases plus longues que celles des exercices orthologiques, nous nous appliquerons à intercaler le plus possible de sons articulés choisis. Ce seront donc des exercices de diction en même temps que

des exercices orthophoniques. Nous les classerons en trois groupes bien distincts : lenteur, difficulté, agilité.

Dans les premiers, nous grouperons telles ou telles articulations et nous les ferons dire avec expression et tonalité. Ces exercices donnent de la confiance en lui-même au sujet, habitué, le plus souvent, à garder le silence au milieu d'un entourage non intime. Il se persuade ainsi peu à peu qu'il parle comme tout le monde et s'enhardit de plus en plus.

Nous nous efforcerons donc d'abord, pour les exercices de lenteur, à composer des phrases sensées où il n'entrera, si possible, que des sons articulés faciles à émettre sans nasonnement.

Exemple :

sur les Sons articulés P. B. F. V. T. D.

S articulations soufflantes — **V** articulations vocales

LA CHARITÉ

s s s
L'enfant, tout en haillons — à peine à son aurore —
v v s v ■
Gémit sous les baisers du froid et de la faim ;
v v ■
Et la veuve, sa mère, au riche qu'elle implore,
■ s s v s v s
Murmure sur ses pas : pitié ! du feu ! du pain !

v s v
Le vieillard affaibli et que son âge honore,
v v s s s v
Au seuil de vos maisons frappera-t-il en vain ?
v v v
Donnez, riches, donnez et redonnez encore :
s s
Ne repoussez jamais celui qui tend la main.

s v v v
Les frimas ont sévi, bien grande est la misère
s v
Et, pour la soulager, une obole légère
v s v s s
Ne diminûra pas votre félicité.

v s s v v v
Donnez au souffreteux que la vie abandonne.
v s v
L'aumône est un bonheur pour celui qui la donne.
s s s
Riches, aux malheureux, faites la Charité !

L. D.

Puis, après divers exercices de ce genre portant sur les articulations dentales et palatales, nous arriverons aux exercices de difficulté sur les K. Q. C. G. I LL. GN. NG. GL. GR. HA. J. CH.

La répétition voulue de ces diverses articulations, obligeant la langue à exécuter une gymnastique que je ne puis comparer qu'à celle que font les doigts du violoniste sur les cordes de son instrument, donne à la langue la souplesse et la légèreté de contact qu'elle ne possédait pas.

Vous avez entendu à la Société d'Odontologie la personne que j'ai fait parler devant vous dire quelques strophes de l'exercice compliqué que j'ai composé dans ce but et qui roule sur les articulations ci-dessus. J'espère que cette expérience a pu vous convaincre de la perfection à laquelle on peut atteindre avec un sujet persévérant.

Exercice de difficulté :

sur les Sons articulés

K. Q. C. G. ILL. GN. NG. GL. GR. HA. J. CH. (^ a au-dessus de HA)

S articulations soufflantes — **V** articulations vocales

v
LES GUEUX

s v
A la clarté vague indécise
De l'aube, par le vent la bise,
v s
Les Gueux cheminent en tout temps;
v
Ils vont vieux, hâves et moroses,
v s s
Les paupières glauques, mi-closes,
s s v
Les dents claquantes, grelottants.

v s v
Dans leurs guenilles ajourées
s
L'averse s'écoule serrée
v v s
Et se glisse jusqu'à leur peau
s s v s
Où l'indiscret insecte grouille.....
s v s
Ils bravent comme la grenouille
s v v s
L'eau qui les glace jusqu'aux os.

Rien dans le ventre ni la poche,
Scandant au bruit de leur galoche
Leurs pas, ils vont, tels des vaincus,
A la queue leu leu en silence,
Et leur sabot choque en cadence
Les cailloux aux angles aigus.

Quand la fatigue les talonne,
Lorsque la faim les aiguillonne
Ainsi que des chiens amaigris,
Ils vont aux portes des demeures
Guettant, pendant de longues heures
Parfois, de quelconques débris !

Depuis janvier jusqu'à décembre,
Cahin caha leurs grêles membres
Les conduisent sans aucun but
N'importe où... Curieux, en foule,
Ils vont regarder l'eau qui coule
Sur les quais... éclopés, fourbus.

Tout près serait la délivrance...
Mais ils ont gardé l'espérance
Que demain changera leur sort.
Demain arrive et puis s'achève,
Ce demain n'est jamais qu'un rêve,
Ils l'attendent jusqu'à leur mort.

Tel qu'une épave culbutée
Au gré de la mer démontée,

s s s
Se déchiquète sur le roc,
s v s v
Ainsi cahotés des cohues,
v
Ils vagabondent par les rues,
■ s s ■
S'affaiblissant à chaque choc.

v s
Résignés, ils traînent quand même
s s
Leur carcasse... et leur front tout blême
s v
Vers la terre est déjà courbé.
s v
Ils souffrent. Parfois leur cœur saigne
s v
Pourtant !... Celui qui les dédaigne
v s
Ignore comme ils sont tombés.

s v
Qu'importe leur ignominie,
s s
Leur carrière est presque finie !
s
Leurs larmes invoquent pour eux
s s s s
L'oubli que quiconque leur donne !
s s
Qui donc ici-bas ne pardonne
v v
Sans regret, sans mépris aux Gueux ?

Au milieu de l'ombre indécise
■ s
Du crépuscule, par la bise
s s v v
Qui cingle et les glace en tout temps,
v s s s
Les Gueux, dans quelque coin, moroses,
v s s
Les paupières glauques, mi-closes,
s s v
Succombent, sans feu, grelottants !

L. D.

Enfin pour vaincre les dernières résistances de la langue, qui parfois se cabre devant une articulation heurtée, il n'est rien de tel que de faire réciter une poésie plus ou moins difficile, comme articulation, dans un temps donné. Les

organes principaux et accessoires de la parole normalement constitués pouvant émettre cinq syllabes à la seconde, l'exercice doit être dit ligne par ligne et de plus en plus vite jusqu'à ce qu'il puisse être achevé dans le temps voulu.

Exemple : « Les oisillons, que le sujet que vous avez entendu à la Société d'Odontologie est arrivé à réciter en moins de quarante secondes. »

Articulations **S** *de souffle,* **V** *vocales,* **N** *nasales.*

Articulations de difficulté **Re** (v) **CHe** (s) **Gue** (v)

s v n
LES OISILLONS

n s n v n v v s s
Au nid c'est un grand jour de fête,
■ s s v v ■ s s s
Chaque oiselet dresse la tête
v s s v v s s s v s
Depuis l'aurore, et puis s'apprête,
s n v s s n n
A s'envoler à qui mieux mieux.

s n v n s s s v s
Sur une branchette perchée,
s s v n v s v s
La pauvre mère effarouchée,
n v s s s v n s
Module à sa chère nichée,
n s n v v n s n v v
Un tendre et dernier chant d'adieux.

n s n v n s s v v
Mais les ingrats n'écoutent guère,
n v s n v v
Ils ont oublié que naguère,
v s n n n v s ■ n v
De soins aimants, jaloux, la mère
n v v n s s s s
Environnait ses tout petits.

s n v s n ■ v n s v s s
Leurs membres sont pourtant tout grêles,
s v s n v v s v s v s
Leurs plumes rares sont bien frêles,
n s v s v s n v s
Mais les voilà battant des ailes,
v n s s v v s n s v s
Ils vont partir..... ils sont partis !

L. D.

Cet exercice doit être fait sur une gamme rhythmée, c'est-à-dire par la voix chantée, le chant fatiguant moins l'appareil phonateur que la récitation et celle-ci que la lecture ; 15 minutes quatre fois par jour en dehors des heures pendant lesquelles s'opère la digestion. Les organes principaux et accessoires de la parole, normalement constitués, pouvant émettre cinq syllabes à la seconde, l'exercice doit être articulé d'abord ligne par ligne et de plus en plus vite en élevant le ton sur chaque dernière syllabe, jusqu'à ce que chaque quatrain puisse être chanté dans l'espace de huit secondes. Le but de cet exercice étant surtout de faire faire aux lèvres, à la langue et au voile artificiel une gymnastique combinée et parfois fatigante, ne le commencer qu'après avoir terminé ceux de la voix et de la parole et en avoir obtenu séparément l'émission correcte et douce à l'oreille, surtout pendant l'articulation de R. CH. G.

Pardonnez-moi, Messieurs et chers confrères, de vous avoir entretenu si longuement des principes d'une science aussi abstraite ; mais je l'ai fait dans l'espoir que vous, professeurs et représentants des écoles dentaires françaises ou membres de nos différentes Associations régionales, vous reconnaîtrez la nécessité et la possibilité pour le chirurgien-dentiste de s'initier aux notions de cette science. Le dentiste exécute en dentisterie et en prothèse de véritables œuvres d'art ; il pourra donc, — le jeune surtout, qui dispose de plus de temps que ses aînés — s'adonner davantage à la prothèse vélo-palatine, que je me suis efforcé de simplifier. Il saura désormais, ce qu'il lui faudra faire pour arriver à un résultat parfait, après l'application d'un appareil de prothèse vélo-palatine, qui, quelque bien fait qu'il soit, ne saurait jamais, sans une éducation spéciale, améliorer la parole. Des milliers d'êtres affligés de fissures congénitales vélo-palatines et d'incorrection de la parole ne peuvent mettre leur espoir qu'en nous. Cet espoir sera-t-il donc déçu ? Non, n'est-ce pas ? Car tous nous avons à cœur de travailler pour l'humanité, pour l'art, pour la science.

De vifs applaudissements accueillent cette très intéressante communication.

Discussion.

M. Vichot (de Lyon). — Au nom de la Société d'Odontologie et de l'Ecole dentaire de Lyon, j'ai l'honneur de remercier publique-

ment M. Delair de ses travaux très intéressants et d'avoir bien voulu accepter d'organiser à l'Ecole dentaire de Lyon l'enseignement de la prothèse vélo-palatine.

Dr Sauvez. — Je remercie particulièrement M. Delair de ses travaux si ingénieux et persévérants pour arriver à l'occlusion parfaite de toute fissure palatine. Les recherches de M. Delair sont remarquables non seulement au point de vue de la restauration prothétique graduelle, mais surtout à cause de ses procédés de phonétique. Il a fallu pour cela refaire toute la physiologie du son et avoir une opiniâtreté étonnante pour obtenir ses merveilleux résultats. Au nom de la Section d'Odontologie, je lui adresse nos bien sincères félicitations.

(A suivre.)

Avis relatifs a Montauban-Toulouse.

Les membres qui auraient des rectifications à faire aux comptes rendus de Montauban-Toulouse sont instamment priés de les adresser dans un très bref délai à la rédaction de *L'Odontologie*, afin qu'elles puissent figurer dans les brochures spéciales qui seront prochainement publiées.

Les auteurs de communications n'ayant pas encore remis leurs manuscrits sont priés de n'en pas différer plus longtemps l'envoi. Nous rappelons à ce propos les indications de l'A. F. A. S. et nous informons les auteurs que *L'Odontologie* se charge de la remise des épreuves *in extenso* pour les communications reçues en temps utile, mais que ceux-ci ont à s'occuper eux-mêmes de leurs résumés.

Note relative aux mémoires présentés au Congrès.

(Extrait du Règlement de l'A. F. A. S.)

Art. 69. — Les membres qui n'auraient pas remis au Secrétaire de leur section, pendant la session, le résumé sommaire de leur communication devront le *faire parvenir au Secrétariat au plus tard quatre semaines après la clôture de la session.* Passé cette époque, le titre seul du travail figurera au procès-verbal, sauf décision spéciale du Conseil d'administration.

Art. 70. — L'étendue des résumés sommaires ne devra pas dépasser une demi-page d'impression (2.000 lettres) pour une même question.

Art. 71. — Les notes et mémoires dont l'impression *in extenso* est demandée par les auteurs devront être remis au Secrétaire de la section pendant la session ou être expédiés directement au Secrétariat *deux mois au plus tard après la clôture de la session.* Les planches ou dessins accompagnant un mémoire devront être joints à celui-ci.

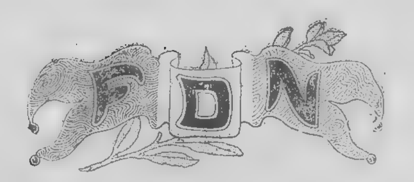
Art. 72. — *Dix pages* au maximum, peuvent être accordées à un auteur pour une même question ; toutefois la Commission de publication pourra proposer au Conseil d'administration de fixer exceptionnellement une étendue plus considérable.

(Voir de plus, les articles 73 à 81 du règlement, page xv du I[er] volume des C. R. du Congrès d'Ajaccio.)

N. B. — Les auteurs sont *instamment priés, pour faciliter l'impression, de n'écrire que sur le recto du papier* et, lorsque les mémoires comportent des figures, d'en fournir le dessin à part. Il suffit alors d'inscrire, dans le texte, le numéro de chaque figure à la place qu'elle doit occuper *lors de la mise en pages.*

Photographie.

Les congressistes qui désirent recevoir un exemplaire de la photographie prise à l'issue d'une des séances de Montauban peuvent soit la faire retirer au prix de 3 francs chez M. Achille Bouis, place de l'Hôtel-de-Ville, Montauban, soit se la faire envoyer par colis postal au prix de 4 francs, y compris les frais d'emballage spécial.



FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Session de Montauban (août 1902).



RAPPORT SUR LES VOEUX DE L'A. O. B.

Présenté, au nom de la Commission d'enseignement,

Par Edmond Papot,

Administrateur général de l'École dentaire de Paris.

A la session de la Fédération dentaire nationale tenue à Paris au mois de mai dernier, les questions d'enseignement professionnel ont occupé une très large place, et vous avez certainement encore en mémoire la façon magistrale avec laquelle MM. Martinier, Roy et Siffre ont présenté les différents rapports dont ils étaient chargés, ainsi que l'ampleur apportée par plusieurs orateurs dans la discussion de ces passionnantes questions.

A cette même session, l'Association odontologique de Bordeaux (A. O. B.) par l'organe de ses distingués délégués, MM. Armand et Marronneaud, a déposé un certain nombre de vœux, dont plusieurs ont trait à l'enseignement; ces vœux ont été étudiés avec toute l'attention qu'ils comportent, et c'est le résultat de cet examen que je viens vous exposer ici, au nom de la Commission d'enseignement.

*
* *

Le **premier vœu** de l'A. O. B. est ainsi conçu :

« *Qu'aucun étudiant en chirurgie dentaire ne soit admis à prendre sa première inscription sans produire un certificat, ou de préférence*

sans subir un examen, justifiant de trois années de stage chez un chirurgien-dentiste. »

Et en voici l'exposé des motifs :

« Il est admis que trois années d'études ne suffisent pas pour faire du chirurgien-dentiste un bon praticien. L'étudiant, une fois à l'école, a pour but principal de travailler les programmes sur lesquels il sera interrogé devant la Faculté de médecine. Il néglige forcément le côté pratique, le côté manuel de ses études. Il nous semble qu'il y aurait un moyen commode et pratique, qui serait le complément des études actuelles et qui donnerait avant peu de sérieuses satisfactions. Ce moyen serait de demander à tout jeune homme entrant dans une École dentaire la justification d'un stage de trois années passées chez un chirurgien-dentiste. L'admission à l'École n'aurait lieu qu'après un examen purement pratique. En somme il s'agit de faire pour les étudiants en chirurgie dentaire ce qui se fait pour les étudiants en pharmacie. »

Avant d'aborder la discussion du vœu en lui-même, je tiens, pour déblayer le terrain, à relever tout d'abord différents points accessoires de cet exposé :

1° « Il est admis que trois années d'études ne suffisent pas pour faire du chirurgien-dentiste un bon praticien. »

Cela est vrai, tellement vrai que le 3e Congrès dentaire international (1900) a émis ce vœu :

« La durée des études dans les Écoles dentaires doit être de quatre ans pour les dentistes. »

Depuis, la Fédération dentaire nationale (24 mai 1902) a adopté la motion suivante :

« Que les Écoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'État et suivi les cours d'une quatrième année d'études exclusivement techniques. »

Enfin l'Ecole dentaire de Paris a réalisé, en ce qui la concerne, ces desiderata, en organisant chez elle cet enseignement complémentaire technique dont l'importance n'est plus à démontrer.

2° « L'étudiant, une fois, à l'école a pour but principal de travailler les programmes sur lesquels il sera interrogé devant la Faculté de médecine. Il néglige forcément le côté pratique, le côté manuel de ses études. »

Je concède bien volontiers qu'il y a une part de vérité, un peu exagérée peut-être, dans cette affirmation, et que certains étudiants ont une tendance à se préoccuper outre mesure des examens de la Faculté ; mais n'est-ce pas le rôle des Écoles dentaires de combattre cette tendance par des exigences bien comprises relatives aux travaux pratiques journaliers ?

Ne vaudrait-il pas mieux, puisque l'origine du mal provient de

l'organisation défectueuse des examens d'État, que la Fédération nationale, par des démarches collectives incessantes, arrivât à obtenir de l'État une meilleure compréhension des garanties nécessaires à exiger des candidats qui se présentent devant ses Facultés ?

Le rôle de la Fédération serait de faire tous ses efforts pour atteindre ce but : transformation complète du troisième examen, si mal conçu jusqu'à présent, et qui devrait comprendre à l'avenir des séries nombreuses d'opérations variées et d'épreuves cliniques exécutées et subies devant un jury mixte comptant des chirurgiens-dentistes compétents, en tenant compte dans une large mesure, ainsi que cela se fait d'ailleurs dans les lycées, des notes du carnet scolaire de chaque étudiant.

3° « En somme il s'agit de faire pour les étudiants en chirurgie dentaire ce qui se fait pour les étudiants en pharmacie. »

Il y aurait beaucoup à dire sur ce point, mais cela nous entraînerait trop loin ; bornons-nous à remarquer que la pharmacie elle-même se transforme, que les pharmaciens reconnaissent l'inutilité, pour ne pas dire autrement, de ce stage, qui est actuellement battu fortement en brèche. Est-ce bien le moment de nous approprier une mesure dont la suppression est à l'ordre du jour dans les journaux et dans les sociétés pharmaceutiques ? Et puis peut-on vraiment comparer l'exécution, dans l'ombre du laboratoire, des préparations magistrales aux soins à donner *in anima vili* dans un cabinet d'opérations ?

J'aborde maintenant le vœu en lui-même et, pour bien en dégager le sens, je le réduis à sa plus simple expression :

A. *Enseignement technique pratique* pendant trois ans chez un chirurgien-dentiste.

B. *Enseignement scientifique et médical* pendant trois ans à l'École dentaire.

Ainsi, pendant que des stomatologistes concèdent que nous pouvons tout au plus enseigner la dentisterie dans nos écoles, alors que l'enseignement médical devrait être réservé aux Facultés, voilà des dentistes qui voudraient retirer l'enseignement spécial aux écoles et leur laisser simplement l'enseignement médical !

Les uns leur enlèvent l'enseignement médical, les autres l'enseignement spécial ; que leur resterait-il donc et quel avenir voulez-vous réserver à notre profession ?

Je n'essaierai pas de vous dissimuler la profonde surprise que j'ai éprouvée à la lecture de ce vœu. Un stage de trois ans chez un dentiste, fût-il chirurgien, mais c'est la négation de tous les efforts, de tous les progrès accomplis depuis vingt-deux ans !

C'est un retour en arrière, c'est revenir à l'ancien état de choses dont nos devanciers ont tant souffert et que je ne puis mieux caractériser que par les citations suivantes :

« A quelles causes était due cette décadence de la France dans une spécialité où elle avait brillé cinquante ans auparavant ? Evidemment à l'absence d'enseignement technique, les dentistes devant apprendre leur art d'une façon empirique auprès de praticiens jaloux de leurs procédés, qu'ils se gardaient bien de communiquer à ceux qui pouvaient devenir leurs concurrents, et cela sans compter les difficultés inhérentes à un apprentissage chez un praticien auprès de ses clients [1]. »

» Nul mieux que ceux qui ont précédé de quelques vingt années ceux qui débutent dans notre difficile carrière, n'est à même de parler de l'importance et de la nécessité de ces études spéciales, et des bénéfices de toute nature qu'il y a à retirer de leur connaissance approfondie.

» Aucun de nos élèves, et je les en félicite, ne saura jamais à quels laborieux efforts, à quelles recherches studieuses constantes et difficiles étaient condamnés ceux des dentistes d'autrefois qui voulaient savoir.

» Chacun semblait craindre que son voisin ne sût quelque chose et préférait ne rien savoir lui-même plutôt que de lui révéler sa part de connaissances. La nuit était à l'ordre du jour [2]. »

Quel est le dentiste un peu occupé qui pourrait s'astreindre à donner chez lui un enseignement régulier alors que des clients assiègeraient son salon ?

Quel est celui qui consentirait à livrer quelques-uns de ceux-ci aux débuts d'un néophyte ?

Et qui donc, si habile soit-il, voudrait assumer seul la responsabilité d'un enseignement méthodique, progressif et complet ?

On ne s'improvise pas professeur ; c'est par un entraînement constant et en passant par les différents grades de la hiérarchie (préparateur, démonstrateur, chef de clinique, etc.) qu'on acquiert l'expérience et les qualités pédagogiques nécessaires à l'une des branches de notre enseignement. Mais quel est chez nous *le Pic de la Mirandole* qui prétendrait enseigner toutes les méthodes et toutes les parties de notre art si complexe ?

Poser la question c'est la résoudre. Dans toute profession manuelle, la technique ultérieure découle des premiers principes reçus. Or, tous ceux qui ont l'expérience de la pédagogie savent qu'il est beaucoup plus facile d'inculquer de bons principes à ceux qui sont neufs dans un art que de redresser les erreurs de ceux qui savent mal.

Je vois ici des vétérans de la profession ; ils furent, il y a une vingtaine d'années, quoique déjà bons praticiens, les premiers élèves de la première École dentaire française ; ils ont donc connu,

1. *L'évolution de l'art dentaire en France*, par le Dr Maurice Roy.
2. Discours de M. Pillette à la séance d'ouverture de la seconde année scolaire de l'École dentaire de Paris, décembre 1881.

comme moi, les lacunes d'un enseignement particulier et je suis bien certain qu'ils vous diront : ne foulez pas aux pieds les progrès péniblement conquis, conservez à nos successeurs les bienfaits d'un enseignement rationnel, méthodique, progressif et collectif, qu'ils ne trouveront jamais chez une individualité quelconque, si considérable soit-elle, et que seules, les Ecoles dentaires peuvent leur donner, « car déjà une pédagogie spéciale, qui aura pour effet de créer de meilleurs praticiens, se forme et s'établit dans les Écoles dentaires du monde entier [1]. »

*
* *

Le **deuxième vœu** de l'A. O. B. est celui-ci :

« *Que le baccalauréat soit obligatoire et remplace les divers certificats d'études.* »

Le décret du 25 juillet 1893 impose pour l'inscription régulière d'un élève dans une École dentaire la production de l'un des trois titres suivants :

Soit un diplôme de bachelier;

Soit le certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste ;

Soit le certificat d'études primaires supérieures.

Il me paraît utile, avant toute discussion, de savoir dans quelles proportions ces titres se répartissent. Or, sur les 210 élèves inscrits pendant la dernière scolarité à l'Ecole dentaire de Paris :

16 possédaient un baccalauréat quelconque, soit environ 8 0/0.

137 possédaient le certificat spécial, soit environ 65 0/0.

10 possédaient le certificat d'études primaires supérieures, soit environ 5 0/0.

9 ne possédaient aucun de ces titres, ayant obtenu une dispense ministérielle.

38 étaient inscrits soit comme élèves irréguliers, soit en vertu de diplômes médicaux ou de diplômes étrangers de chirurgiens-dentistes.

Ayant appartenu pendant de longues années à la Commission scolaire de l'Ecole dentaire de Paris comme secrétaire d'abord, comme président ensuite, j'ai pu comparer les origines de nos élèves et les résultats que nous en obtenions et je suis en mesure de vous affirmer que nos meilleurs opérateurs sont généralement ceux qui sont pourvus du certificat d'études primaires supérieures, tandis que les élèves réussissant le moins sont le plus souvent, et à part d'honorables exceptions, ceux qui sont pourvus de l'un des baccalauréats.

1. *L'enseignement supérieur professionnel libre*, par le Dr Ch. Godon.

Ces prémisses posées, étudions chacun des trois titres d'entrée dans les écoles.

A. *Baccalauréats.*

Il existe actuellement trois baccalauréats distincts :

1° *Le baccalauréat ès-lettres,* divisé en deux parties, qui sont séparées par un intervalle d'un an ;

2° *Le baccalauréat ès-sciences*, qui ne comprend qu'une partie ;

3° *Le baccalauréat moderne.*

Les deux premiers appartiennent à l'enseignement *classique*, le troisième à l'enseignement *moderne.*

Ces deux enseignements, absolument distincts l'un de l'autre, sont en général donnés concurremment dans les mêmes lycées ou collèges.

Le *baccalauréat ès-lettres* et le *baccalauréat ès-sciences* ont un tronc commun, qui comprend les classes de grammaire 8e, 7e, 6e, 5e et 4e, parfois la 3e et même la 2e. Alors il existe une bifurcation : une branche comprend les autres classes de lettres, à la fin desquelles est placé le baccalauréat ès-lettres (la première partie se subissant à la fin de la rhétorique, la deuxième partie à la fin de la philosophie ; mais ces classes ne sont pas obligatoirement suivies) ; une autre branche comprend les classes de sciences (mathématiques préparatoires et mathématiques élémentaires), à la fin desquelles se place le baccalauréat ès-sciences.

Le *baccalauréat moderne* se divise également en deux parties, séparées par un intervalle d'un an.

L'enseignement *classique* comprend le latin et le grec, l'enseignement *moderne* ne comprend pas ces langues.

Ces divers baccalauréats vont disparaître très prochainement. Ils sont d'ores et déjà remplacés par le nouveau *baccalauréat de l'enseignement secondaire,* d'où les termes : *Enseignement classique* et *Enseignement moderne* sont exclus.

« Il n'y aura plus désormais qu'un *enseignement secondaire*, dont la durée réglementaire sera la même pour tous ; où les études, dans les voies diverses suivies par les élèves, auront le même niveau et dont le couronnement normal sera, après les quatre années du premier cycle, un *Certificat d'études secondaires du premier degré ;* après les sept années du premier et du second cycle, un *baccalauréat unique.*

» Le premier cycle est superposé à un cours d'études primaires de quatre ans. Les élèves, à leur sortie des classes élémentaires des lycées ou de l'école primaire, entreront en sixième, soit dans une division, soit dans une autre, suivant le choix des familles[1]. »

---

1. Extrait de la circulaire de M. F. Chaumié, ministre de l'Instruction publique.

Il n'y a donc plus qu'un baccalauréat, pour lequel l'examen est divisé en deux parties.

La *première partie* comporte le choix en quatre séries d'épreuves correspondant aux quatre groupements de matières prévus pour le cycle supérieur :

A. Latin — Grec.

B. Latin — Langues vivantes.

C. Latin — Sciences.

D. Sciences — Langues vivantes.

La *deuxième partie*, qui ne peut se passer qu'un an après la première, comprend deux branches :

A. Philosophie.

B. Mathématiques.

La durée des études pour l'obtention de ce nouveau baccalauréat est ainsi fixée, pour l'une quelconque des quatre séries :

Classes préparatoires..	2 ans	ou 4 ans de classes de l'enseignement primaire.
— élémentaires...	2 ans	
1er Cycle.............	4 ans	
2e Cycle.............	3 ans	
Soit....	11 ans.	

(Voir à la page suivante le tableau synoptique Nony et Cie.)

Tableau synoptique de la nouvelle organisation des Etudes dans les Etablissements d'Enseignement secondaire.

(Décret du 31 mai 1902.)

	Elèves apprenant le **Latin** avec (à partir de la 4e) ou sans le **Grec**			Elèves n'apprenant aucune langue morte
PREMIER CYCLE (Durée : 4 ans)	Sixième A (Latin) Cinquième A (Latin)			Sixième B Cinquième B
	Quatrième A (Latin, Grec) Troisième A (Latin, Grec)	Quatrième A (Latin) Troisième A (Latin)	Une seule Quatrième et une seule Troisième, avec faculté pour les élèves d'être affranchis du grec	Quatrième B Troisième B
	Sanction des études du premier cycle : Un **certificat d'études secondaires**, délivré en raison des notes obtenues et après délibération des professeurs dont les élèves ont suivi les cours.			
	Etude du Grec	Rien de semblable à cette section n'avait existé autrefois.	Une année de plus que dans l'ancienne organisation conduisant au baccalauréat ès sciences, où l'on avait Math. prépar. et Math. élém.	Pour les élèves qui renoncent à l'étude du latin
	LATIN-GREC	LATIN-LANGUES	LATIN-SCIENCES	SCIENCES-LANGUES
SECOND CYCLE (Durée : 3 ans)	Seconde A Première A Philosophie A	Seconde B Première B Philosophie B	Seconde C Première C Mathématiques A	Seconde D Première D Mathématiques B
	Sanction des études du second cycle : Un **baccalauréat** unique conférant les mêmes droits et privilèges, quelle que soit la mention portée sur le diplôme.			
	Ecole normale supre (Lettres). Professorat. Magistrature. Barreau.	Diplomatie.	Ecoles militaires. Médecine.	Carrières administratives, commerciales, agricoles, coloniales

L'ancien enseignement moderne avait ces 6 années d'études ; le nouvel enseignement en a 4.

Nota : Ce tableau a été dressé d'après les documents officiels, par les éditeurs Nony et Cie, qui ont bien voulu nous prêter ce cliché et auxquels nous adressons nos sincères remerciements.

E. P.

Ce ne sera donc que vers 18 ou 19 ans au plus tôt que l'on pourra être titulaire du baccalauréat de l'Enseignement secondaire.

Tous les diplômes de bacheliers confèrent les mêmes droits et privilèges, quelle que soit la mention portée sur le diplôme.

Une remarque à ce propos, en passant : l'étude des langues mortes n'est plus imposée pour aborder la médecine et la pharmacie.

A titre de document voici le tableau des épreuves exigées pour l'obtention du nouveau baccalauréat de l'Enseignement secondaire.

BACCALAURÉAT NOUVEAU

PROGRAMME DES EXAMENS

1re PARTIE

Latin — Grec.	Latin — Langues vivantes.	Latin — Sciences.	Sciences — Langues vivantes.
ÉPREUVES ÉCRITES			
Composition française.	Composition française.	Composition française.	Composition française.
Version latine.	Version latine.	Version latine.	Composition de langue vivante.
Version grecque.	Composition de langue vivante.	Composition de mathématiques et de physique.	Composition de mathématiques et de physique.
ÉPREUVES ORALES			
Explication d'un texte grec.	Explication d'un texte latin.	Explication d'un texte latin.	Explication d'un texte français.
» » latin.	» » français.	» » français.	» langue vivante.
» » français.	Épreuve de langue vivante.	Epreuve de langue vivante.	» autre »
Épreuve de langue vivante.	» autre » »	Interrogation sur l'histoire.	Interrogation sur l'histoire.
Interrogation sur l'histoire ancienne.	Interrogation sur l'histoire ancienne.	» la géographie.	» la géographie.
» » moderne.	» » moderne.	» les mathématiques.	» les mathématiques.
» la géographie.	» la géographie.	» la physique.	» la physique.
» les mathématiques.	» les mathématiques.	» la chimie.	» la chimie.
» la physique.	» la physique.		

2e PARTIE : PHILOSOPHIE. MATHÉMATIQUES.

Philosophie	Mathématiques
ÉPREUVES ÉCRITES	
Dissertation française de philosophie.	Composition de mathématiques.
Composition de sciences physiques.	» de sciences physiques.
» de sciences naturelles.	Dissertation de philosophie.
ÉPREUVES ORALES	
Interrogation sur la philosophie.	Interrogation sur les mathématiques.
» l'histoire contemporaine.	» » la physique.
» les sciences physiques.	» » la chimie.
» » naturelles.	» » les sciences naturelles.
	» » la philosophie.
	Histoire contemporaine.

B. *Certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste.*

Ce titre, prescrit par le décret du 25 juillet 1893, n'est pas nouveau ; il s'est appelé successivement certificat de grammaire, certificat de quatrième, certificat d'études secondaires.

Exigé autrefois pour obtenir les diplômes d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, après avoir été modernisé il n'est utilisé actuellement que pour entrer dans une École dentaire. Il est délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie.

Les épreuves sont les suivantes :

Ecrites. — 1° Une composition française sur un sujet simple ;

2° Une version latine de la force de la classe de quatrième de *l'Enseignement secondaire classique,* ou, au choix du candidat, une version de langue vivante de la force de la classe de troisième de *l'Enseignement secondaire moderne ;*

Orales. — 1° Explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de *l'Enseignement secondaire classique,* ou dans les quatre premières années de *l'Enseignement secondaire moderne.*

2° Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes de *l'Enseignement secondaire moderne ;*

3° Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la classe de troisième de *l'Enseignement secondaire moderne.*

4° Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes des classes de sixième et de cinquième de *l'Enseignement secondaire moderne ;*

Ainsi que vous avez pu le remarquer, ces épreuves, trop peu nombreuses, sont prises tantôt dans les programmes de *l'Enseignement classique,* tantôt dans ceux de *l'Enseignement moderne* ; or, comme ces deux enseignements sont unifiés sur de nouvelles bases pour le baccalauréat, il s'ensuit que le programme de ce certificat va certainement, s'il n'est pas supprimé, être complètement modifié.

Il appartient donc à la Fédération de se préoccuper de cette situation et d'éclairer M. le Ministre de l'Instruction publique sur l'orientation à donner à la réorganisation de cet examen, dans le sens des desiderata de la profession.

C. *Certificat d'Etudes Primaires Supérieures.*

Ce certificat a été institué par le décret du 23 décembre 1882. Il

s'obtient à la suite d'un examen très sérieux subi après trois années d'études dans une école primaire supérieure.

L'âge moyen des enfants entrant dans ces écoles est de 13 ans, ceux-ci sont généralement recrutés dans des milieux modestes, surtout dans le monde des travailleurs ; ils forment cependant une sélection choisie parmi les meilleurs sujets des écoles primaires.

Afin de mieux vous faire apprécier la valeur de cet enseignement, je vous citerai quelques extraits d'une circulaire adressée aux recteurs, en date du 23 octobre 1898, par M. Léon Bourgeois, alors ministre de l'Instruction publique[1].

« C'est qu'en effet, de 13 à 16 ans, l'Ecole primaire supérieure, qui peut comprendre, en outre de la classe d'enseignement général, des sections agricole, industrielle et commerciale, complète la culture générale de l'élève de l'école élémentaire, tout en lui donnant une préparation professionnelle ; elle le détourne des carrières déjà trop encombrées pour le diriger vers d'autres où il peut trouver à employer plus rapidement et plus utilement son activité. A cet égard, les écoles primaires supérieures peuvent exercer une profonde action sociale. De là l'importance qui s'attache à l'examen placé au terme des études. . . . . .

. . . .

» Il suffit de lire l'étude publiée par les soins de l'Administration en 1887 pour constater qu'il y a, dans la direction donnée à l'examen du certificat d'études primaires supérieures, continuité de vues, et qu'on estime aujourd'hui comme en 1887 que le certificat doit être un « titre primaire à tendances professionnelles ».

» J'ai déjà signalé l'intérêt qu'il y aurait à tenir plus de compte pour l'entrée dans diverses administrations de la possession du certificat d'études primaires supérieures. Mais vous pouvez beaucoup pour assurer des débouchés à ceux qui sont pourvus de ce diplôme. Il importe que, en toute occasion, vous insistiez auprès des Chambres de commerce, des industriels, des commerçants de votre région sur le caractère pratique que nous entendons donner à l'enseignement primaire supérieur, sur les garanties que présente le certificat au point de vue professionnel.

» Lorsque leur opinion sera bien établie sur ce point, lorsqu'ils seront bien convaincus que les élèves sortis de ces écoles pourront leur fournir de bons colloborateurs, nous aurons réalisé un sérieux progrès.

» Vous voudrez bien inviter MM. les inspecteurs d'Académie à diriger de ce côté tous leurs efforts.

. . . .

» L'enseignement de l'anglais et de l'allemand à l'Ecole primaire supérieure doit différer beaucoup de ce qu'il est au lycée et au collège. En ce qui concerne les élèves de la section commerciale surtout, il s'agit bien moins de les mettre à même de lire les grands écrivains étrangers que de leur assurer un instrument d'action nécessaire. Il faut que l'élève pourvu du certificat puisse, au sortir de l'école, se présenter en état de faire la correspondance étrangère, et que, dans la suite, il puisse être chargé de voyages à l'étranger.

» Il importe donc que les professeurs de langues vivantes fassent, autant que possible, la classe dans la langue enseignée, qu'ils réservent une très large part aux exercices pratiques, à la conversation ; il serait même fort à désirer qu'ils

1. Voir *Bulletin administratif du Ministère de l'instruction publique*, n° 1338 du 29 octobre 1898, p. 979.

pussent habituer les élèves à la correspondance, à la comptabilité en anglais ou en allemand. Je vous invite, lorsque vous examinerez les emplois du temps des écoles primaires supérieures, à chercher les moyens de donner à cette partie de l'enseignement toute sa valeur. ■

A la suite de la publication dans *L'Odontologie* des vœux de l'A. O. B., un de nos jeunes diplômés, titulaire du C. E. P. S. a adressé au journal une lettre dont je vous demande la permission de vous citer quelques passages :

« Je lis dans *L'Odontologie* du 30 juin 1902, page 629, le paragraphe 2° récapitulant les vœux de l'A. O. B. :

« Que le baccalauréat soit obligatoire et remplace les différents certificats d'é-
» tudes. »

» Si par là les auteurs du vœu ont entendu désigner les certificats délivrés au cours des études de l'enseignement secondaire, je suis d'accord avec eux, mais s'ils étendent leur ostracisme jusqu'au certificat d'études primaires supérieures compris, je dis halte-là et j'ai le droit et le devoir de poser quelque peu brutalement la question : Pourquoi cela ?

» Les signataires méconnaissent probablement la valeur de ce certificat. En quoi, s'il vous plaît (sauf la peu utile étude des langues mortes) un jeune homme pourvu du certificat d'études primaires supérieures est-il inférieur à celui qui est sorti d'une boîte quelconque à bachot ?

» Je ne le vois pas du tout. Et je mets en fait que jamais les E. P. S. n'ont produit autant de fruits secs et de déclassés que les lycées et collèges.

» On semble croire en certains milieux que rien ne vaut s'il n'est secondarisé.

» Faites donc passer le brevet supérieur ou le certificat d'études primaires supérieures aux bacheliers, il y en aura beaucoup qui échoueront, j'en suis certain.

» N'ai-je pas vu des bacheliers échouer au brevet élémentaire avec des dictées déplorables ? J'ai montré le programme du C. E. P. S. à plusieurs de mes camarades lycéens, ils en ont été confondus. Qu'on se donne la peine de lire les programmes des E. P. S., de consulter les livres d'or de ces établissements d'assister à leurs cours, de prendre une connaissance attentive des *cahiers* et des *travaux manuels* exécutés par les élèves, des récompenses obtenues par ces établissements aux concours et expositions : qu'on parcoure ces expositions et, j'en suis sûr, on en reviendra, confus et avec des idées diamétralement opposées.

» Et cela est si vrai que les lycées et collèges redoutent terriblement le voisinage de ces établissements.

» Quant à la préparation manuelle, elle y est excellente et telle qu'elle n'est donnée dans aucun établissement secondaire, et j'ai des camarades qui sont entrés à Angers, d'autres à Alfort, d'autres aux Beaux-Arts, tandis que d'autres sont contremaîtres dans l'industrie du bois ou du fer.

» Est-ce que par hasard parler grec ou latin serait une supériorité ? Je ne le sache pas, les mots n'ayant de valeur en toutes langues que pour les idées qu'ils représentent et il y a tout lieu de croire qu'on peut tout aussi logiquement penser en français qu'en une langue morte, quelle qu'elle soit. Il y a eu de profonds penseurs en tous temps, en tous lieux et sous toutes latitudes ou peu s'en faut, et celui qui a lu de bonnes traductions des hommes qualifiés « auteurs » en sait quant au fond autant que quiconque. La belle avance de baragouiner une langue morte, qui ne sert à rien dans la pratique ! C'est un cricket ou un lawn-tennis pour l'esprit et c'est tout ; dans la vie, cela mène au bachot et après est remisé avec les vieilles lunes. Mieux vaut apprendre deux ou trois langues vivantes, mais non comme on les enseigne dans les lycées et collèges.

De deux élèves se présentant à l'Ecole dentaire, il n'est douteux pour personne que le mieux doué manuellement surtout est, non pas celui qui vient de quitter l'enseignement secondaire, mais celui qui sort de l'Ecole primaire supérieure. Ceci me rappelle ce qu'en 1896 le proviseur du lycée de X..disait à ses professeurs au sortir d'une visite faite à l'Exposition scolaire primaire : « Allez, messieurs, allez visiter cela, il n'y a rien là dedans au-dessous de nous et nous avons énormément à y prendre. » Paroles vraies, sages et justes, rendant hommage à qui de droit et toutes à la louange et à l'honneur de celui qui les prononçait.

» Alors pourquoi vouloir rayer le C. E. P. S. des titres donnant droit d'entrée dans les Ecoles dentaires ? Il faudrait avant tout être éclairé, et non formuler aussi légèrement un vœu d'ostracisme et je termine comme j'ai commencé en demandant : Pourquoi cela ? »

Pour compléter mes documents sur ce certificat trop peu connu, par conséquent trop peu apprécié, je joins à ce rapport :

1° Un tableau de l'emploi du temps par semaine dans les Écoles primaires supérieures ;

ÉCOLES PRIMAIRES SUPÉRIEURES DE GARÇONS

RÉPARTITION DES MATIÈRES DE L'ENSEIGNEMENT

Nombre total d'heures par semaine.

MATIÈRES DE L'ENSEIGNEMENT.	ENSEIGNEMENT GÉNÉRAL.		
	1re année.	2e année.	3e année.
Éducation morale	1	1	1
Langue française	5	5	4
Ecriture	1	1	1
Histoire et instruction civique	1	1	2
Géographie	1	1	1
Langues vivantes	3	3	2
Mathématiques	4	3	3
Comptabilité et tenue des livres	»	1	1
Physique et chimie	2	2	2
Histoire naturelle et hygiène	1	1	1
Agriculture et horticulture théoriques	1	1	1
Droit usuel, économie politique	»	»	1
Dessin et modelage	3	3	3
Travaux manuels	4	4	4
Gymnastique et exercices physiques	2	2	2
Chant	1	1	1
Heures à répartir suivant les besoins du service	»	»	»
TOTAUX	30	30	30

2° Un programme général des épreuves d'examen ;

PROGRAMME DE L'EXAMEN DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES SUPÉRIEURES

ÉPREUVES ÉCRITES

A. ÉPREUVES GÉNÉRALES

1° Composition sur un sujet de morale.
2° Composition française.
3° Composition de sciences.
a) Une question ou un problème d'arithmétique ou de géométrie.
b) Une question de physique ou de chimie.
c) Une question d'histoire naturelle ou d'hygiène
4° Composition simple de dessin à main levée.

B. ÉPREUVES SPÉCIALES VARIANT SELON LES SECTIONS

D'enseignement général.	*Commerciale.*	*Industrielle.*	*Agricole.*
Version langue étrangère.	Version langue étrangère.	Mise au net à une échelle donnée d'un croquis côté.	Composition sur deux questions.

ÉPREUVES ORALES

D'enseignement général.	*Commerciale.*	*Industrielle.*	*Agricole.*
1° Lecture expliquée d'un texte français et questions sur la langue française; 2° Interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale; 3° Interrogation sur les sciences mathématiques, physiques et naturelles; 4° Interrogation sur une langue vivante.	1° Interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale; 2° Interrogation sur la géographie économique des différentes parties du monde; 3° Interrogation sur les notions de commerce, de droit usuel et d'économie politique; 4° Interrogation sur une langue vivante.	1° Interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale; 2° Interrogation sur des notions de technologie; 3° Interrogation sur les principales opérations arithmétiques, géométriques et algébriques; 4° Interrogation sur les notions de comptabilité, de droit usuel et d'économie politique.	1° Interrogation sur l'histoire et sur la géographie générale; 2° Interrogation sur l'agriculture et les questions de sciences physiques et naturelles; 3° Interrogation sur l'arithmétique et la géométrie; 4° Interrogation sur les notions de comptabilité, de droit usuel et d'économie politique.

ÉPREUVES PRATIQUES

D'enseignement général.	*Commerciale.*	*Industrielle.*	*Agricole.*
Exercice simple de travail manuel (bois ou fer) ou un modelage d'après un plâtre. Épreuve de chant. » de gymnastique.	1° Un ou plusieurs exercices pratiques de calcul et de comptabilité; 2° Exercice de calligraphie. Epreuve de chant » de gymnastique.	Exécution d'après un croquis d'un côté d'un assemblage de bois ou d'un pieu d'ajustage en fer. Épreuve de chant. » de gymnastique.	Un ou plusieurs exercices. Epreuve de chant. » de gymnastique.

3° La liste des questions posées dans le cours de cet examen à l'un de nos élèves, précisément celui qui, avec la belle ardeur de la jeunesse, nous a dressé la lettre dont je viens de vous donner connaissance.

QUESTIONS POSÉES A L'EXAMEN POUR L'OBTENTION

ÉPREUVES ÉCRITES.

— *Composition française.* — Décrire une villa telle que vous voudriez l'habiter.

— *Histoire et géographie.* — Histoire et géographie de l'Europe en 1815 ; traiter séparément les deux questions.

— *Sciences naturelles.* — L'insecte. Transformation des appareils circulatoire, respiratoire, digestif. Organe des sens. Métamorphoses.

— *Mathématiques.* — Dans un tétraèdre régulier de deux mètres de côté, on mène un plan parallèle à l'une des faces, lequel plan divise la hauteur du tétraèdre en deux parties proportionnelles aux nombres 1 et 2, de façon que la plus grande partie se trouve du côté de la face considérée. On demande : 1° le volume du tronc de pyramide ; 2° le volume de la pyramide considérée.

— *Dessin.* — Dessiner à vue d'œil, avec sa perspective, une amphore grec posée sur un socle.

— *Travail manuel.* — Dresser à la lime grasse, sans polir, un bloc de fer de 0 m. 005 d'épaisseur, 0 m. 08 de long et 0 m. 05 de large, sur 7 faces, les dites faces perpendiculaires entre elles.

— *Allemand.* — Version de 14 lignes : « Le chien avide, de Briens. »

ÉPREUVES ORALES.

— *Histoire.* — Guerre de trente ans. Ministère de Richelieu. Guerres de religion. Edit d'Alais. Dire de dix ans en dix ans et de cent ans en cent ans à partir de l'Edit d'Alais, sur six dates, les événements.

— *Géographie.* — Fleuves d'Allemagne et les villes qu'ils arrosent. — Bassin de la Loire et villes situées sur le fleuve et les affluents.

— *Morale. Instruction civique.* — Les agents nationaux.

DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES SUPÉRIEURES

— *Droit usuel.* — Le capital, ses différentes formes.

— *Physique.* La chaleur. Ses propriétés. Ses transformations. — Le son. Théorie de l'écho.

— *Chimie.* — Préparation de l'oxygène. — Dangers de la préparation au chlorate de potasse. — Ecrire en notation ancienne la notation atomique de l'acide azotique.

— *Histoire naturelle.* — Modification de l'appareil circulatoire chez les vertébrés et l'appareil digestif chez les mammifères.

— *Agriculture.* — Prairies naturelles et artificielles.

— *Géométrie.* — Rapport des surfaces de deux triangles semblables. — Volume du tronc de cône (théorie).

— *Algèbre.* — Equations irrationnelles.

— *Comptabilité.* — Passer un article au journal, chèques et traites.

— *Allemand.* — Traduire oralement et sans dictionnaire douze lignes choisies dans un texte. Conjuguer au futur, au conditionnel et à l'imparfait les six verbes irréguliers inclus dans le texte.

— *Musique.* — Dire le ton d'un morceau donné. — Dire pourquoi en *la* majeur et non en *la* mineur. — Solfier un morceau de 20 mesures. — Que signifient les chiffres 2 et 4 dans la mesure à 2/4 ?

— *Lecture expliquée.* — L'année américaine. — Signification des diverses acceptions du mot « académie ». — Règle d'accord du participe passé employé sans auxiliaire. — Analyser logiquement une phrase.

— *Gymnastique.* — Marche militaire avec doublement et dédoublement des rangs en marche, demi-tour en marche. — Flexion en avant et extension. — Mouvements divers. — Rétablissement par torsion aux barres fixes. — Rétablissement sur les reins au trapèze. — Rétablissement sur les avant-bras aux barres parallèles.

La durée des compositions écrites était de treize heures, le reste à l'avenant.

*
* *

Nous venons d'étudier ensemble la composition respective des épreuves permettant l'inscription dans les Écoles dentaires; il en résulte :

1° Que le baccalauréat, de par l'absence d'une éducation manuelle, est une préparation insuffisante pour nos étudiants.

Que chaque section de ce baccalauréat conférant les mêmes droits, cette préparation serait incomplète encore pour ceux d'entre eux qui ne sortiraient pas de la section où deux langues vivantes sont enseignées, ou qui sortiraient de celles où l'enseignement scientifique est restreint ;

Que, le temps fort long exigé pour une préparation qui ne peut être qu'incomplète serait de nature à enrayer le recrutement normal des membres de notre profession, en même temps qu'il apporterait une entrave à la perfection manuelle que ses membres doivent acquérir ;

Que l'argument souvent cité : « il est nécessaire pour bien comprendre la terminologie médicale de connaître le latin » n'a plus sa raison d'être, puisque la connaissance des langues mortes n'est plus imposée pour aucune autre carrière.

Remarquez que je m'en tiens aux arguments de fait et qu'au point de vue sentimental et démocratique je me borne à vous rappeler le toast si éloquent de notre ami le Dr Siffre au banquet du 24 mai [1] et à vous citer les quelques lignes suivantes que j'extrais d'un journal de Bordeaux, *La défense* :

« A notre avis, le baccalauréat est une injustice sociale, un privilège abusif accordé à la classe aisée, une barrière insurmontable à des travailleurs intelligents, actifs, comme il en est tant dans la chirurgie dentaire, où ce ne sont pas les fils à papa qui tiennent les premières places, comme dans tant de carrières libérales, au mépris du mérite.

» Je pense que tous ceux qui ne sont pas bacheliers et qui pourtant exercent. ne se croient point pour ceci au-dessous de leur mandat. »

Nous estimons donc que, si le baccalauréat peut être accepté, ce ne peut être qu'exceptionnellement et non à l'exclusion de tous autres titres.

2° Que le certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste est vraiment insuffisant ;

Que d'ailleurs son programme ne concorde plus avec l'enseignement secondaire actuel ;

Que le *nouveau certificat d'études secondaires du premier degré* institué par les nouveaux règlements serait, lui aussi, très insuffisant.

---

1. Voir *L'Odontologie* du 15 juin 1902, p. 537.

Il y a donc lieu de demander la suppression de ce titre spécial. Si cette suppression ne pouvait être obtenue, il y aurait urgence à éclairer les pouvoirs publics sur les exigences rationnelles à apporter dans la rédaction d'un nouveau programme d'examen plus étendu et plus approprié à nos besoins.

3° Que le certificat d'études primaires supérieures est certainement le titre se rapprochant le plus de notre idéal, mais qu'il faudrait le perfectionner encore.

D'ailleurs cet enseignement primaire supérieur, ainsi que nous l'avons vu tout à l'heure, comprend quatre sections et il paraît possible d'en ajouter une cinquième exigeant au besoin une année d'études supplémentaires et permettant l'adjonction d'une deuxième langue vivante et le développement plus complet de la partie scientifique (physique, chimie, histoire naturelle), ainsi que la préparation manuelle.

Les résultats seraient alors parfaits et de nature à donner complètement satisfaction au vœu émis par le Congrès de 1900, et que notre ami le Dr Roy a présenté de nouveau à vos suffrages à notre dernière session :

« L'instruction préliminaire nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :

» 1° Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes ;

» 2° Une instruction scientifique élémentaire ;

» 3° Une instruction annuelle. »

Ils donneraient en même temps satisfaction aux désirs de la Société odontologique de Bordeaux, qui paraît ne pas maintenir exclusivement sa demande du baccalauréat, puisqu'à la réunion du 24 mai M. Armand, l'un des délégués, s'exprimait ainsi :

« Nous discutons sur un mot, mais nous sommes tous d'accord sur un point, à savoir que les jeunes gens désireux d'embrasser notre profession aient une instruction générale plus complète, quand ils entrent dans les écoles. M. Roy réclame deux langues étrangères : à 16 ans c'est peut-être beaucoup. Je demande simplement qu'à leur admission dans les Ecoles dentaires les jeunes gens aient un bagage scientifique plus complet que celui qu'ils possèdent actuellement. »



Le **troisième vœu** de l'A. O. B. consiste dans la proposition suivante :

« *Que le diplôme de chirurgien-dentiste ne soit délivré qu'à vingt-cinq ans révolus.* »

Il est précédé de l'exposé des motifs suivants :

« Nous voudrions également voir retarder jusqu'à un certain âge l'exercice de la chirurgie-dentaire. Avec la loi actuelle, un jeune homme peut être reçu et exercer à 19 et 20 ans, avant même d'être majeur, c'est-à-dire avant d'être responsable. Nous con-

naissons plusieurs jeunes gens qui ont exercé ou qui exerceront à ces âges-là. C'est inadmissible. Un pharmacien ne peut délivrer du chloroforme qu'à 25 ans et le chirurgien-dentiste pourrait l'administrer à 19 ou 20 ans ! Ce n'est pas raisonnable. »

Ce vœu prouve jusqu'à l'évidence que l'Association odontologi-de Bordeaux ne se fait pas d'illusions sur l'appui que vous pourrez donner aux deux vœux précédents, puisque leur adoption, en ne permettant que très tardivement l'entrée dans la profession, rendrait ainsi ce troisième vœu inutile.

En effet, le baccalauréat nouveau ne pourra s'obtenir, ainsi que nous l'avons déjà dit, que vers l'âge de 18 ou 19 ans ; en y ajoutant trois ans de stage chez un dentiste, trois ans dans une École dentaire et trois ans de service militaire, l'accès du diplôme de chirurgien-dentiste ne serait possible que vers l'âge de 27 à 28 ans.

Le Congrès dentaire international de 1900 a émis après discussion le vœu suivant (n° 4).

« Que le droit d'exercice ne soit pas accordé avant l'âge de 21 ans. »

Nous estimons que nous pourrions nous en tenir à cette décision, qui donne en partie satisfaction aux auteurs de la nouvelle proposition, en leur faisant remarquer qu'à cet âge les chirurgiens-dentistes ayant à satisfaire à la loi militaire, leur droit à l'exercice légal se trouve reculé d'autant et qu'il est bon même qu'ils puissent être diplômés avant leur entrée dans l'armée, afin qu'on puisse légalement y utiliser leurs services.

* * *

Enfin le **cinquième vœu** de l'A. O. B., dont voici la formule :

« Que la Fédération dentaire nationale demande aux Écoles dentaires de prendre les mesures nécessaires pour que les étudiants assistent obligatoirement aux cours, cliniques, etc. » est ainsi motivé :

« Nous voudrions voir les Écoles dentaires prendre les mesures nécessaires pour rendre leurs cours et leurs cliniques obligatoires pour les étudiants. La Fédération nationale nous paraît désignée pour faire des démarches auprès de ces écoles. »

Il y a tout d'abord à établir une distinction entre les cours pratiques et les cours théoriques.

Les premiers doivent être absolument obligatoires, cela ne fait aucun doute. Quant aux seconds, nous nous trouvons en présence de deux opinions radicalement opposées. Les uns estiment que les élèves, en étudiant dans les traités spéciaux, peuvent s'assimiler les matières de ces cours, même sans y assister régulièrement ;

d'autres voudraient au contraire la présence effective à tous les cours.

Ce qu'il faut empêcher *surtout*, c'est l'absence systématique, mais en général je suis convaincu, et j'ai pu le constater à maintes reprises, que les cours théoriques sont suivis régulièrement. D'ailleurs je crois que l'on peut dire sans témérité que le plus ou moins d'assiduité des élèves à un cours dépend surtout de la façon dont le professeur remplit la mission dont il est chargé.

Voici la solution en usage à l'École dentaire de Paris ; la Fédération pourrait l'approuver et demander aux autres écoles d'agir dans le même sens :

A. Présence obligatoire aux cours pratiques et démonstrations, plusieurs absences non motivées entraînant un refus d'inscription.

B. La présence aux cours théoriques étant contrôlée, il est donné à chaque étudiant une note générale pour ses présences de l'année et cette note compte dans le classement de fin d'année au même titre que les notes des épreuves et des interrogations avec les moyennes des notes du carnet.

Conclusions.

Comme conséquence de ce long travail, la Commission d'enseignement vous demande de repousser les vœux 1, 2, 3 et 5 de l'Association odontologique de Bordeaux, mais elle vous propose par contre d'adopter les résolutions suivantes, provoquées par l'étude des propositions de nos confrères bordelais.

A. Que les Écoles dentaires aient à l'avenir les mêmes exigences au point de vue des travaux pratiques.

B. Que dans ces écoles la présence soit nécessairement obligatoire à tous les cours pratiques et à toutes les démonstrations, plusieurs absences non motivées entraînant un ajournement pour la délivrance d'une inscription.

C. Que les présences aux cours théoriques soient contrôlées et qu'il en soit tenu compte dans le classement de fin d'année.

D. Que le troisième examen passé devant la Faculté pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste soit complètement modifié et qu'il comporte à l'avenir un certain nombre d'épreuves variées de clinique, de dentisterie opératoire et de prothèse, subies devant un jury mixte, comprenant des chirurgiens-dentistes comme le prévoit le décret du 25 juillet 1893.

E. Qu'il soit tenu compte pour ce troisième examen de la pro-

duction du carnet scolaire de chaque élève, indiquant les notes méritées pour chacune des opérations exécutées dans le cours de ses études.

F. Que le certificat d'études exigé actuellement des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste soit supprimé en raison de son insuffisance.

Et subsidiairement, si cette suppression n'était pas obtenue,

G. Que les épreuves de cet examen, complètement transformées, soient mises en rapport avec les nouveaux programmes de l'enseignement secondaire et avec les exigences légitimes de notre profession.

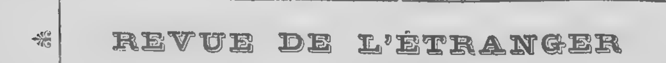
H. Que le certificat d'études primaires supérieures soit maintenu comme titre donnant droit à l'inscription dans les Écoles dentaires, mais que son programme, déjà satisfaisant, soit complété par l'adjonction de l'étude d'une deuxième langue vivante et un développement plus grand de la partie scientifique (physique, chimie, histoire naturelle) et de la préparation manuelle.

I. Qu'enfin le vœu n° 4 du Congrès international de 1900 soit confirmé, c'est-à-dire que le droit à l'exercice légal ne puisse être conféré qu'à l'âge de 21 ans.

Si vous approuvez ces propositions, vous pouvez charger votre bureau d'en poursuivre énergiquement l'exécution.

Vous pourriez aussi renvoyer les vœux D. E. F. G. H. I. à la sanction de la Section d'Odontologie, laquelle, dépendant de l'Association française pour l'avancement des sciences, pourrait réclamer l'appui de cette importante Association pour faire prévaloir auprès des pouvoirs publics vos légitimes revendications.







FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

La session de la Fédération dentaire internationale vient de se terminer à Stockholm ; elle a succédé dignement à celle de Londres-Cambridge, tant par l'importance des discussions que par la valeur des membres qui y ont pris part.

Entre autres décisions, le Conseil exécutif a accepté l'invitation de la « National Dental Association » des Etats-Unis d'Amérique de tenir le prochain Congrès dentaire international (4e) dans la ville de Saint-Louis, Missouri, en août 1904, pendant l'Exposition universelle qui aura lieu dans cette ville à l'occasion du centenaire de la session de la Louisiane.

Il a de même décidé de tenir la prochaine session de la Fédération à Madrid, vers l'époque du Congrès international de médecine.

La Fédération est invitée à prendre part à la Section d'Odontologie de ce Congrès.

La Commission d'enseignement a tenu des séances très importantes et il y a eu de belles et bonnes discussions ; le même bureau a été renommé pour la prochaine session, avec MM. Frick et Guye comme secrétaires-adjoints.

La Commission d'hygiène publique a constitué son bureau avec le Dr Jenkins, président ; MM. Cunningham, Förberg, Frank et Röse, vice-présidents et M. Heïdé, secrétaire.

Le bureau du Conseil a été également renommé : M. Godon, président ; MM. Aguilar et Frank, vice-présidents et M. Sauvez, secrétaire général.

De plus, M. Aguilar a été nommé trésorier.

La publication des comptes rendus de cette session sera faite le plus tôt possible.

Le début a été un peu gêné par suite de la multiplicité des langues et de la concomitance du meeting annuel de l'American Dental Society of Europe, mais les deux derniers jours ont été très intéressants. Les banquets se sont succédé et nos confrères suédois ont tenu à faire à la Fédération une réception et un accueil enthousiastes. Tous reviendront charmés de cet excellent voyage, du travail accompli, des réceptions cordiales et emporteront un souvenir inoubliable de cette splendide réunion.

Congrès de Munich.

Le *Central Verein Deutscher Zahnärzte* tenait sa réunion annuelle du 4 au 7 août dernier à Munich, sous la présidence du professeur Miller. De nombreux dentistes venus de tous les points de l'Allemagne, ainsi qu'un grand nombre de confrères étrangers, assistaient à ce Congrès.

L'Ecole dentaire de Paris y était représentée officiellement par M. le Dr Maurice Roy, professeur, et M. H. Masson, démonstrateur, auxquels le Dr Miller a souhaité cordialement la bienvenue en les remerciant au nom du Central Verein Deutscher Zahnärzte.

Une exposition dentaire, riche en collections variées et travaux de toute nature, réservait aux visiteurs une agréable surprise ; de nombreuses présentations faites par les représentants les plus autorisés de l'art dentaire en Allemagne ont suscité d'intéressantes discussions.

Nous donnerons dans un prochain numéro un compte rendu détaillé de l'Exposition, ainsi que des présentations et démonstrations.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Art. I. Le XIVe Congrès international de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le Roi D. Alphonse XIII et la Reine Mère du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, vétérinaires et autres personnes exerçant une des branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation est de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de Médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective ; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. IV. Les Comités nationaux des différents pays peuvent recevoir les cotisations de leurs nationaux et, quand ils les transmettront au Secrétariat Général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondant au nombre des membres inscrits.

Après le 20 mars 1903 toutes les adhésions et cotisations devront être adressées directement au Secrétariat Général du Congrès.

Art. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat Général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif, une note indiquant exactement et lisiblement ses nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, accompagné de sa carte de visite.

Art. VI. Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, d'émettre leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du Compte rendu in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront fait inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des Comptes rendus devront pour chaque volume verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat Général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les Congressistes qui auraient présenté dans plusieurs sections des communications écrites, et celles-ci ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun payement.

Art. VIII. Les Comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes aussitôt qu'ils seront publiés.

Art. IX. Le Congrès sera divisé dans les Sections suivantes :

1. Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
2. Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
3. Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.

4. Thérapeutique et Pharmacie { a) Thérapeutique. b) Hydrologie médicale. c) Pharmacie.
5. Pathologie interne.
6. Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
7. Pédiatrie.
8. Dermatologie et Syphiligraphie.
9. Chirurgie générale { a) Chirurgie et opérations chirurgicales. b) Urologie.
10. Ophtalmologie.
11. Oto-Rhino-Laryngologie { a) Otologie. b) Rhino-Loryngologie.
12. Odontologie et Stomatologie.
13. Obstétrique et Gynécologie.
14. Médecine et Hygiène Militaires et Navales.
15. Hygiène, Epidémiologie et Science Sanitaire technique.
16. Médecine légale et toxicologie.

Art. X. Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la Section ou les Sections à laquelle ils désirent appartenir. Les membres qui s'inscriront dans plusieurs Sections recevront le volume de la première des et Sections indiquées.

Art. XI. Un Comité exécutif composé du Président, du Secrétaire Général et du Trésorier, et des Présidents et Secrétaires des sections, est chargé de la gestion du fonctionnement du Congrès.

Art. XII. Le Congrès siègera tous les jours, soit en Assemblées générales, soit en Assemblées de sections.

Art. XIII. Deux Assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'Assemblées extraordinaires qu'il sera jugé nécessaire le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces Assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les hautes personnalités scientifiques des différentes nations. Les conférenciers seuls auront la parole dans ces Assemblées.

Art. XIV. Dans la séance d'ouverture le Secrétaire Général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le Président lira le discours d'inauguration, les Délégués officiels seront présentés, et les présidents d'honneur seront désignés.

Dans la séance de clôture il sera rendu compte des délibérations du Congrès, il sera fait choix du lieu de sa prochaine réunion et procédé à l'élection de son bureau.

Dans ces séances ne pourront prononcer des discours que les Congressistes qui auront été désignés pour cela et qui y auront été invités par le Comité exécutif.

Art. XV. Les Comités des sections organiseront les programmes de leurs travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.).

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses Présidents d'honneur, et désignera ses Secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis par les Congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans des langues différentes, et pour faciliter ainsi la discussion.

Art. XVI. Le Président de chaque Section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les Corps délibérants.

Seules, les questions d'ordre intérieur pourront être soumises au vote.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucun vote.

Art. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 *minutes* et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de 5 *minutes*.

Les auteurs de communications disposeront de 10 *minutes* pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement et quand l'importance du sujet le justifiera, le Président pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au Secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils auront dit.

Art. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903 ; ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective [1].

Les titres des communications devront être accompagnés d'un court résumé en forme de conclusions, si possible ; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la section correspondante.

Art. XIX. On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XX. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les Assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au Secrétaire du bureau respectif. Le Comité exécutif décidera de son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais, l'allemand et l'italien.

ARTICLE COMPLÉMENTAIRE

Les dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des Membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

Madrid, le 11 avril 1901.

Le Président, JULIAN CALLEJA.

Le Secrétaire Général, ANGEL FERNANDEZ-CARO.

BUREAU DE LA 12e SECTION

(*Odontologie et stomatologie.*)

Président................. M. Alejandro San Martin.
Vice-Présidents.......... MM. Luis Guedea, Bernardo Sánchez.
Secrétaire................. M. Florestán Aguilar.
Secrétaires adjoints........ MM. Jaime D. Losada, Luis Subirana.
Membre................... M. Enrique Salcedo y Ginestal.

Rapports qui seront présentés à la Section.

1. Traitement et obturation des dents à pulpes malades. — Rapporteurs : MM. A. V. Harlan (Chicago), J. D. Losada.

2. Microscopie dentaire. — Rapporteurs : MM. Léon Williams (Londres), J. Choquet (Paris).

3. Prothèse bucco-faciale et du squelette. — Rapporteurs : MM. Claude Martin (Lyon), V. Guerini (Naples), Delair (Paris).

4. Connaissances qu'on doit exiger pour exercer l'Odontologie et leur enseignement. — Rapporteurs : MM. Godon (Paris), Florestán Aguilar.

5. Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire. — Rapporteurs : MM. Hopewell Smith (Londres), Younger (Chicago), Damians (Barcelona).

6. Anesthésie locale en Odontologie. — Rapporteurs : MM. C. Amoëdo (Paris), Pierre Michel Giura (Gênes).

---

1. Pour les inscriptions, ainsi que pour la présentation des communications, on se servira des imprimés spéciaux que le Secrétariat général enverra à tous les intéressés.

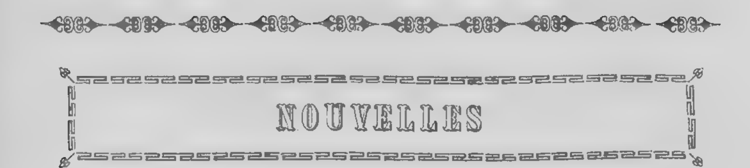
AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.



Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre qu'un des anciens professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, M. R. Gérard, aujourd'hui professeur honoraire, dont les leçons savantes et appréciées sont restées dans le souvenir de nos premiers élèves, vient de recevoir la croix de la Légion d'honneur.

M. Gérard dut quitter l'Ecole dentaire de Paris lors de sa nomination de professeur de botanique à la Faculté des Sciences de Lyon. L'entretien et le développement du jardin botanique de cette ville et du parc de la Tête d'Or ne tardèrent pas à lui être confiés, si bien qu'il était dernièrement nommé directeur des cultures de Lyon. On sait que Lyon possède aujourd'hui des serres sans rivales en France et un parc de 120 hectares de toute beauté.

Ces travaux, qui avaient valu à M. Gérard, en 1890, les palmes d'officier d'Académie et, en 1895, la croix du Mérite agricole, lui ont fait conférer récemment celle de la Légion d'honneur.

Tous ceux qui ont suivi l'excellent enseignement de M. Gérard à l'Ecole dentaire de Paris se réjouiront de ces distinctions si méritées.

La Rédaction.

Assistance publique.

Par un récent arrêté, M. Mesureur, ancien député du II[e] arrondissement de Paris, ancien Ministre du Commerce, est nommé directeur de l'Assistance publique en remplacement de M. Mourier, décédé subitement il y a quelques jours. Nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères félicitations à M. Mesureur qui, depuis longtemps déjà, est membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris.

La Rédaction.

Société dentaire au Transvaal.

Nous apprenons par le *Journal of the British Dental Association* la formation d'une Société dentaire au Transvaal sous la présidence de M. W. D. Quinn.

Statistique dentaire

En novembre 1900 s'était réunie à Berlin une Commission composée de sept Sociétés dentaires de cette ville pour organiser d'une manière uniforme les recherches dentaires statistiques et en classer systématiquement les résultats.

Il fut d'abord décidé de nommer une sous-commission de trois membres pour régler la question des inspections dentaires scolaires en Prusse (le professeur Miller, les Drs Röse et Cohn). Sauf une, toutes les Sociétés dentaires du royaume ont promis leur concours et le Ministre de l'Instruction publique a assuré de son appui. Des inspections ont déjà eu lieu dans seize villes.

Association dentaire espagnole.

Une association dentaire espagnole est en voie de formation en Espagne. Une Commission d'organisation s'occupe de la constituer.

Fédération des médecins-dentistes d'Italie.

Tous les médecins-dentistes d'Italie se sont constitués récemment en une Fédération *(Federazione dei medici dentisti d'Italia).* Cette association aura pour organe *La Stomatologia,* publication mensuelle, dont le Comité de rédaction est ainsi composé :

Prof. Dr P. M. Giuria (Gênes).
Chev. Dr R. Avanzi (Vérone).
Chev. Dr A. Coulliaux (Milan).
Dr P. Petracchi (Varese).
Chev. Dr L. Martini (Turin).
Chev. Dr C. Mussatti (Turin).
Dr G. Bersani (Bologne).
Dr E. Coraini (Naples).

Le rédacteur en chef est le prof. Dr C. Platschick (Milan), 1 via Cairoli.

Le secrétaire de la rédaction est le Dr E. Bellinzona (Milan).

Nous adressons nos meilleurs souhaits de prospérité à la nouvelle Société et à notre nouveau confrère.

22e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1902 Vol. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

LA SEMAINE DENTAIRE INTERNATIONALE A STOCKHOLM

TROISIÈME SESSION DE LA F. D. I.

15 au 20 août 1902.

Nous revenons des différentes réunions de Stockholm, très satisfaits des résultats obtenus, et vivement impressionnés, aussi bien par l'accueil cordial que nous avons trouvé de toutes parts, que par le développement des sentiments de solidarité internationale qui animaient les confrères de tous les pays représentés.

Les assemblées auxquelles nous venons de participer, contenaient, outre la session de la F. D. I., une série de réunions diverses. Cette année, cette session coïncidait fort heureusement avec la réunion dans la même ville, de l'assemblée annuelle de la Société dentaire suédoise : Svenské Tandläkare Selskapet, *du meeting annuel de l'*American Dental Society of Europe, *et enfin de la réunion de l'*Advisery-Board, *comité chargé de la représentation des intérêts des Écoles dentaires des États-Unis dans chaque pays d'Europe.*

La réunion de ces diverses sociétés donnait à cette session une animation, un intérêt tout particuliers, et

le nombre, la notoriété des membres venus de tous les pays à Stockholm, pour y discuter les questions scientifiques et professionnelles, ont fait de cette semaine une véritable semaine dentaire internationale.

Cette session de la F. D. I. a donc été un succès réel, retentissant; aussi la délégation française envoyée par la Fédération dentaire nationale et composée de MM. Godon, Queudot, Viau, Heïdé, Sauvez et Martinier, revient-elle du pays scandinave avec la satisfaction d'avoir collaboré à une œuvre utile. Cette œuvre est bien, en effet, le complément naturel de celle accomplie à Londres-Cambridge, l'année dernière.

En ce qui concerne spécialement la F. D. I., la représentation régulière de Fédérations dentaires nationales, la présence à cette session, de onze directeurs des principales Écoles dentaires d'Europe et d'Amérique, d'un nombre considérable de délégués envoyés par plus de trente sociétés et de plusieurs délégués de leur gouvernement, témoignent d'une manière incontestable l'intérêt que le monde dentaire entier prend maintenant aux travaux de la F. D. I.

Que ne doit-on pas attendre aussi de la collaboration d'hommes tels que Brophy, Barrett, Guilford, Eug. Smith, Harlan, Hessé, Aguilar, Kirk, Holley Smith, Harding, Cunningham, Frank, Godon, etc. qui représentent l'élite professionnelle mondiale, collaboration qui ne peut manquer d'être féconde, et qui doit dans un délai très court laisser des traces durables et profondes. C'est une étape prévue dans l'évolution naturelle de notre profession que la réunion de ces hommes, qui se sont faits dans leurs pays respectifs les défenseurs et aussi, pour plusieurs, les rénovateurs de leur profession. Cette union devait se faire pour le plus grand bien de la dentisterie et pour la diffusion des idées généreuses et élevées qui en seront sûrement le résultat.

Il se dégage des travaux de la Fédération, trois

idées principales : 1° la volonté d'élever graduellement le niveau d'instruction générale et professionnelle des futurs dentistes, de telle sorte qu'on puisse dire que ce niveau est égal à celui des autres professions libérales; 2° le principe d'autonomie, indispensable à la dentisterie et à la spécialisation de ses études; 3° le souci qu'ont les dentistes de chaque pays d'apporter leur concours le plus dévoué et le plus désintéressé à l'œuvre d'hygiène et d'assistance publique, pour l'organisation ou le perfectionnement des services publics dans les différents pays.

D'ailleurs l'analyse succincte des travaux et des réunions que nous donnons ci-dessous, permettra mieux que nous ne pourrions le faire, de se rendre compte de leur importance, en attendant que nous fassions paraître le compte rendu complet de cette session.

Assemblée générale d'ouverture.

Les travaux de la session de la F. D. I. se sont ouverts par une assemblée générale qui a eu lieu le vendredi 15 août à l'Institut Caroline (Faculté de médecine de Stockholm) sous la présidence de M. le professeur Lindström, professeur d'anatomie à l'Université, et directeur de l'École dentaire de Stockholm.

Après une charmante allocution en français du professeur Lindström et un discours du Dr Förberg au nom du Comité local suédois, pour souhaiter la bienvenue aux délégués, tous deux très applaudis, le président de la F. D. I., M. Godon, remercie M. le professeur Lindström et la société suédoise de leur bon accueil, il rappelle l'œuvre accomplie l'année dernière à Cambridge, puis il trace le programme des travaux de la session.

Le secrétaire général, M. le Dr Sauvez, présente ensuite un rapport très documenté sur les travaux du bureau de la F. D. I. pendant l'année écoulée et sur la préparation de la présente session. Ce rapport adopté

à l'unanimité, la parole est donnée aux délégués des divers pays qui viennent au nom des sociétés ou des gouvernements qu'ils représentent assurer la F. D. I. de leur concours dévoué et absolu.

MM. Harlan, pour l'Amérique. Hessé, pour l'Allemagne. Guérini, pour l'Italie. Aguilar, pour l'Espagne. Harding, pour l'Angleterre. Waiser, pour l'Autriche. Weber, de Helsingfors, pour la Finlande. Heïdé, au nom de l'Ecole dentaire de Paris. Guldberg, de Christiania, délégué du gouvernement norvégien et Smith-Housken, au nom du Comité national norvégien, ont tour à tour pris la parole.

La séance est levée au milieu d'un grand enthousiasme.

Comité exécutif.

Séances du conseil.

Le conseil a procédé pour l'année prochaine à la nomination de son bureau qui a été ainsi composé :

Président : M. Godon, de Paris.

Vice-présidents : MM. Frank, de Vienne; Aguilar, de Madrid.

Secrétaire général : M. Sauvez, de Paris.

Trésorier : M. Aguilar, de Madrid.

Puis il a ratifié les diverses décisions prises par son bureau durant le cours de l'année écoulée. Il a ensuite adopté le nouveau règlement et vérifié les pouvoirs des délégués qu'il a répartis dans les différentes commissions. Il a enfin pris une série de décisions relatives : 1° à la nomination comme membre adjoint du comité exécutif de M. le Dr Winteker, de Saint-Pétersbourg, nommé récemment au Congrès d'Odessa pour représenter la Russie à la F. D. I.; 2° à la fixation des conditions de publication des compte-rendus dans les différents journaux; 3° à la création d'une nouvelle Commision dite de législation et de jurisprudence.

Il a pris, en outre, deux décisions importantes qu'il convient de souligner : la première concerne la proposition de tenir la prochaine session de la F. D. I à Madrid, au mois d'avril 1903 en même temps que le Congrès international des sciences médicales. Le ministre d'Espagne, représentant le gouvernement, est venu régulièrement inviter la Fédération et demander son concours pour la section d'odontologie qui y est organisée.

Cette proposition a été adoptée.

La seconde a trait à une proposition de fixer le siège à Saint-Louis, au mois d'août 1904, du IVe Congrès dentaire international. Cette proposition tire son principal argument du fait qu'une Exposition universelle y est organisée à l'occasion du centenaire de la cession de la Louisiane aux Etats-Unis, et qu'elle provoquera la réunion de Congrès internationaux dans toutes les branches des connaissances humaines. Cette demande était accompagnée de documents nombreux et réguliers émanant des diverses autorités des Etats-Unis pour inviter la F. D. I.

Une discussion assez longue s'est ouverte et la question a été examinée sur toutes ses faces. Finalement le Conseil a adopté la proposition, et a nommé un Comité chargé de se mettre en rapports avec le Comité d'organisation américain.

Ces deux dernières décisions démontrent mieux que ne pourrait le faire le meilleur argument, l'importance prise par la F. D. I. dans l'esprit des Sociétés dentaires du monde. Elles sont conformes au but et aux idées pour lesquels la F. D. I. a été constituée au mois d'août 1900 à Paris, c'est-à-dire avec la mission de préparer et d'organiser le quatrième Congrès dentaire international.

Commission d'enseignement

Parmi les questions qui avaient réuni à Stockholm les diverses délégations, celles mises à l'ordre du jour

par la Commission d'enseignement tenaient la plus grande place dans les préoccupations des délégués. Les discussions intéressantes auxquelles elles ont donné lieu revêtent d'ailleurs un caractère d'une grande élévation, tant par la compétence en matière d'enseignement des hommes qui y ont pris part, que par l'importance des questions elles-mêmes.

Nous pouvons dire sans crainte d'exagération que les travaux de la Commission ont justifié les espérances les plus optimistes.

Ils ont débuté par une adresse magistrale du président, M. le professeur Brophy de Chicago. Avec l'autorité qui s'attache à son nom et à sa situation, il a tracé un programme complet des études dentaires en l'accompagnant de réflexions inspirées par sa grande expérience.

Cette adresse sera publiée ultérieurement et nous recommandons à nos lecteurs de la lire avec la plus grande attention; ils y verront exprimées et confirmées les idées dont nous nous sommes faits les défenseurs et que l'École dentaire de Paris n'a cessé de propager depuis plus de vingt ans.

Puis, en qualité de secrétaire intérimaire de la Commission, j'ai donné lecture de mon rapport dans lequel je rendais compte du travail accompli par le bureau depuis la dernière session, et proposais à l'assemblée un plan de travail pour chacune des séances de la présente session; ce rapport a été mis aux voix et adopté.

Enfin la discussion a été ouverte sur les trois questions mises à l'ordre du jour.

Ces questions avaient fait l'objet de douze rapports émanant des différents pays représentés à la F. D. I. et dont huit, dus aux membres de la Commission, avaient été traduits en plusieurs langues, imprimés et distribués avant la session.

Le bureau de la Commission avait pris comme base

de la discussion les conclusions du rapport du Dr Maurice Roy, rapport et conclusions qui avaient été soumis au mois de mai dernier aux délibérations de la Fédération dentaire nationale française qui les avait adoptés.

La première question était la suivante :

Quelles sont les études préliminaires qui doivent être requises des étudiants, avant qu'ils commencent à suivre l'enseignement professionnel ?

La réponse du Dr Roy était celle-ci :

L'instruction préliminaire nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :

1° Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes ;

2° Une instruction scientifique élémentaire ;

3° Une instruction manuelle.

Cette importante question a provoqué une longue et vive discussion, et elle n'a pu être résolue qu'en partie à la dernière séance et sur le rapport d'une sous-commission nommée à cet effet à l'issue de la première séance.

La formule adoptée a été la suivante :

Les mêmes qui sont requises d'un étudiant en médecine ou en droit, dans les pays ou les Écoles, sont sous le contrôle de l'État, ou l'équivalent de ces exigences dans les pays où un tel contrôle n'existe pas. Ces équivalences doivent être déterminées par le ministre de l'instruction publique.

La partie de la question relative à l'éducation manuelle a été renvoyée à la session de Madrid.

La deuxième question était :

Quels doivent être la composition des études dentaires, leur durée et l'ordre des matières du programme ?

La réponse du Dr Roy adoptée par le bureau était ainsi formulée :

1° Les études dentaires comprennent une partie scientifique e[illegible] dicale et une partie technique ;

2° Leur durée est au moins de quatre années ;

3° Ces études doivent être organisées suivant une méthode parallèle de tous les cours : enseignement scientifique et médical et enseignement technique simultanément ;

4° Les gradués en médecine se destinant à la pratique de l'art dentaire doivent être astreints à suivre au moins pendant deux ans les cours d'une école dentaire.

Elle a été adoptée à la presque unanimité.

Enfin la troisième question était ainsi posée :

Quelle partie des études, telles qu'elles sont faites dans les écoles de médecine, doit être suivie par l'étudiant en dentisterie ?

La réponse du Dr Roy était la suivante :

Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les écoles dentaires, sauf celle de la dissection, en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement à l'usage de ces étudiants.

Cette question a donné lieu comme la première à une discussion très étendue, très complète qui a abouti à la nomination d'une sous-commission.

D'une manière générale les délégués ont été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de fixer l'endroit où les cours médicaux et scientifiques devaient être faits, celà dépend en effet du degré d'organisation de l'enseignement dentaire du pays, mais que dans tous les cas, le programme de ces cours devait être fait spécialement pour les dentistes. La question que l'on trouvait mal posée a été ainsi modifiée.

Quels sont les cours scientifiques et médicaux que doit suivre l'étudiant dentiste.

La sous-commission a proposé la réponse suivante qui a été adoptée :

Les cours scientifiques et médicaux que doit suivre l'étudiant dentiste sont les suivants :

Physique, chimie et métallurgie, anatomie, histologie et ambryologie, physiologie et chimie biologique, bactériologie, pathologie générale, chirurgie générale, thérapeutique et matière médicale, diagnostic différentiel, chirurgie spéciale comprenant l'anesthésie.

Des discussions qui ont occupé les quatre séances laborieusement remplies de la Commission, il résulte que malgré les difficultés inhérentes aux différences de langues, de conception, d'évolution et de tradition, on a cherché, discuté et adopté des formules générales permettant leur application dans chaque pays. Mais ces difficultés étaient facilement aplanies par le désir qu'avait chacun de nous d'arriver à une entente cordiale.

La sympathie générale qui régnait entre ces hommes de même profession attirés par un idéal élevé, était dans ce cas un sûr garant du succès et une obligation d'aboutir à un résultat.

Les débats sur l'enseignement terminés, la Commission s'est occupée de la proposition de fédération des écoles dentaires du monde entier qui a été faite au Congrès de 1900 et posée de nouveau à la session de Cambridge.

Un très remarquable rapport de M. Rosenthal de Bruxelles, qui en avait été chargé, a été adopté en principe et renvoyé au comité exécutif pour faire l'objet d'une discussion complète à la prochaine session de Madrid, ainsi que les nouvelles questions que le comité est chargé de mettre à l'ordre du jour.

Puis la Commission a procédé au renouvellement de son bureau, auquel on a ajouté deux secrétaires adjoints choisis parmi les membres parlant plusieurs langues.

Le bureau a donc été ainsi composé :

Président : Truman Brophy (Chicago).

Vice-présidents : Paterson (Londres), Zsigmondy (Vienne), Kirck (Philadelphie).

Secrétaire : Roy (Paris).

Secrétaires adjoints: Frick (Zurich), Guye (Genève).

Enfin la Commission a clôturé les travaux de cette session par la nomination de nouveaux membres titulaires et de membres adjoints.

COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Les travaux de cette Commission ont pris une importance et un intérêt considérables par suite du rapport très travaillé et très complet de notre confrère le Dr Frank de Vienne. Ce rapport déposé au nom de la Commission[1] *nommée à Cambridge contient un grand nombre de documents. M. le Dr Frank a réuni les renseignements les plus précis de tous les pays sur cette question qui intéresse autant les dentistes que les pouvoirs publics du monde entier.*

Après une longue discussion le rapport et le mémoire qui y était joint, ainsi que les conclusions ci-dessous, présentés par le rapporteur ont été adoptés après quelques modifications de détail :

1° Le service dentaire dans l'hygiène populaire est encore actuellement dans un état de négligence fâcheuse dans la plupart des Etats civilisés, quoique çà et là on doive reconnaître un commencement d'amélioration ;

2° Le Conseil exécutif adressera aux Fédérations nationales un mémoire sur ce service dentaire et les invitera à soumettre les propositions qui y seront contenues à un examen compétent.

Le bureau de la Commission a été ainsi composé :

Président : M. le Dr Jenkins, de Dresde.

Vice-Présidents : Professeur Frank, de Vienne; G. Cunningham, de Cambridge ; Röse, de Dresde ; Forberg, de Stockholm.

Secrétaire : Heïdé, de Paris.

La Commission a décidé en outre que les travaux de la prochaine session auraient pour base les rapports des fédérations nationales sur les suites données aux propositions adoptées à la session de Stockholm.

RÉUNIONS DIVERSES.

Nous avons dit que d'autres réunions se tenaient en même temps à Stockholm.

---

1. Composée de MM. Frank (Vienne), Förberg (Stockholm) et Cunningham (Cambridge).

La Société dentaire suédoise et l'A. D. S. E. avaient mis à l'ordre du jour de leurs réunions annuelles les communications fort intéressantes suivantes :

Dr *A. Jessel*, coton carbonisé et ses usages variés en dentisterie.

Dr *B. Hally Smitt*, statuts de dentisterie.

Professeur J. Taft, du diagnostic en pratique dentaire.

Dr *N. S. Jenkins*, porcelaine émail.

Dr *J. W. Wassall*, Inlays et aurifications.

Dr *Paul Guye*, porcelaine à haute température.

Dr *W. A. Spiring*, cuisson des couronnes en porcelaine et la cuisson du biscuit.

Dr *W. Harlan*, une nouvelle phase de la coagulation.

Dr *J. H. Spaulding*, quelques mots sur l'usage de la matrice.

Dr *H. Guilford*, enseignement technique.

2.90. Dr *Truman W. Brophy*, chirurgie du palais avec projections lumineuses.

Dr *W. Mitchell*, notes sur la dentition de l'éléphant et les maladies s'y rapportant. Avec projections.

Dr *Sandstel*, recherches concernant les changements survenus dans les tissus alvéolaires pendant le traitement des redressements.

10. Dr *Bryan*.

1) Quelques cas spéciaux de Bridge-work.

2) Prises de modèles à tous les malades.

Dr *C. F. W. Bœdecker*, pyorrhée alvéolaire.

Dr *E. Rosenthal*, soins des dents des enfants.

Elles avaient mis également quelques questions touchant à l'enseignement, comme l'adresse du président de l'A. D. S. E. M. le Dr Royce de Londres. Cette adresse traitait de la limitation du programme d'enseignement au point de vue physiologique, et la communication du professeur Guilford sur l'enseignement technique avec présentation de spécimens. Signalons en passant l'hommage rendu à l'Ecole dentaire de Paris par quelques-uns des membres présents, MM. Brophy, Bogue, Younger. Cet hommage auquel nous avons été très sensibles a été rendu au cours de l'une des séances de l'A. D. S. E. à l'occasion d'une communication faite par notre directeur M. Godon sur la question de l'enseignement technique préparatoire.

Des cliniques très remarquées ont été faites par

MM. A. S. Jenkins, Bödecker, S. H. Guilford, W. J. Younger, C. Kyer, Jessen, Davenport, Mittchel, Kuerlitz, etc.

FÊTES.

Il n'est pas de réunion professionnelle sans fêtes et banquets nombreux. Après les discussions de la journée l'on fraternise et les hasards de voisinage nouent souvent des relations, entre confrères heureux de se mieux connaître. La sympathie peut alors se manifester et se développer librement, même entre adversaires déclarés. Ces fêtes et banquets sont généralement terminés, à l'étranger surtout, par de nombreux toasts, le plus souvent chauds et enthousiastes.

Les réunions de Stockholm n'ont pas échappé à cette coutume.

Le banquet de la F. D. I. a été dans cet ordre d'idées une soirée débordante d'enthousiasme et de cordialité.

Il a donné l'occasion à notre confrère Barrett d'exprimer d'une manière éloquente et persuasive dans une improvisation vibrante, les sentiments d'union fraternelle dont il est animé, sentiments qui, dit-il, doivent unir par-dessus les frontières tous ceux qui travaillent au progrès de la science odontologique.

Déjà il avait exprimé les mêmes sentiments généreux dans une improvisation analogue au banquet commun de la Société suédoise de l'A. D. S. E. et de la F. D. I.

Signalons également les toasts remarquables de MM. Brophy, Harlan, Smith, Förberg, Aguilar, Harding, Godon, Royce et celui de notre confrère et ami Queudot un spécialiste en la matière.

A ces banquets nous devons ajouter les excursions pleines d'agréables surprises, organisées par la Société dentaire suédoise, qui nous permirent d'admirer Stockholm, cette Venise du Nord, et ses environs. Donnons toutefois une mention spéciale, à l'excursion en bateau à Salsjobaden dans un magnifique décor, et à la

visite du château de Gripsholm, à laquelle a été consacrée la journée du dimanche ; elles laisseront à tous ceux qui y ont pris part un ineffaçable souvenir de la Suède et de l'hospitalité suédoise, aussi devons-nous des remerciements tout particuliers aux deux délégués Suédois, MM. Förberg et Christensen.

Par une délicate attention pour les familles des dentistes réunis à Stockholm, les dames étaient invitées à la plupart de ces fêtes et excursions, leur donnant ainsi par leur présence, un charme infini.

Conclusions.

Puisque nous devons conclure il faut dire nettement que nous rapportons de cette longue excursion en pays étranger, l'impression la meilleure et la plus profonde sur les résultats qu'a donnés cette session et sur ceux qu'elle promet pour l'avenir.

L'œuvre créée par le Congrès de 1900, dont l'organisation était encore si rudimentaire l'année dernière à Cambridge, a achevé sa période préparatoire. Elle a pris dans la direction des affaires professionnelles du monde une part très importante qui s'est augmentée et manifestée cette année d'une manière incontestable.

Mais pour que la F. D. I. puisse porter tous ses fruits, il est nécessaire que les fédérations nationales qui lui servent de base, complètent leur organisation ; il faut qu'à chaque session elles lui envoient des délégations régulières et qu'enfin, elles lui donnent leur appui moral et matériel.

La diversité des langues qui est une des principales difficultés à surmonter, nécessite la publication au moins en trois langues des travaux présentés, et il ne faut pas qu'une question financière soit une entrave à la marche ascensionnelle commencée vers le progrès et la solidarité, pour le plus grand bien de l'humanité.

Il convient aussi de remercier chaleureusement

MM. Brophy, Barrett et Frank qui ont assuré, par la part importante qu'ils ont prise à cette session, le succès qu'elle a obtenu. En ce qui concerne les deux premiers qui représentent un pays où l'art dentaire est en pleine prospérité, où il a atteint son maximum de développement, il faut les féliciter et les louer de l'admirable exemple qu'ils donnent aux dentistes de tous les pays, en venant courageusement nous apporter et mettre à notre service le résultat de leur expérience et l'appui de leur autorité.

P. MARTINIER.

P.-S. — Nous ne voudrions pas terminer ce rapide compte rendu sans remercier bien vivement, au nom de la délégation française, notre sympathique confrère M. R. Heïdé, qui depuis vingt ans a constitué le lien qui unissait l'École dentaire de Paris à la Scandinavie, et qui a été en Norvège notre interprète dévoué ainsi que sa très aimable épouse qui nous a fait si gracieusement les honneurs de sa ville natale. Il nous faut aussi exprimer à nos confrères norvégiens notre profonde gratitude pour la fête familiale et la réception si cordiale qu'ils nous ont données dans un cadre magique, lorsque de retour de Stockholm nous sommes passés à Christiania. Le pays fantastique et merveilleux, superbe et tragique d'où nous revenons, laissera chez chacun de nous un souvenir ineffaçable et, lorsque notre pensée se portera vers ce pays lointain, nous l'associerons toujours aux paroles de fraternelle bienvenue de M. Gjertsen, l'excellent président de la Société des dentistes norvégiens et aux paroles émues de M. Smith-Housken qui nous ont si profondément remués lorsqu'il nous a rappelé la mémoire de notre regretté maître et ami P. Dubois ; qu'ils reçoivent ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

P. M.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session
Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Mercredi 13 août.

SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. Delair, vice-président.

M. le président déclare la séance ouverte et prie le secrétaire de lire les communications dont les auteurs sont absents.

LES LEPTOTHRIX DE LA BOUCHE

Aperçu microbiologique. Leur rôle dans l'étiologie de la carie dentaire. Leptothrix racemosa

Par

le Dr Léon Frey,
Ex-interne de hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Georges Lemerle,
Externe des hôpitaux,
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'étude des leptothrix a toujours présenté le plus grand intérêt pour ceux qui s'occupent de la pathologie buccale. C'est à ces organismes que beaucoup d'auteurs ont reconnu la propriété d'attaquer l'émail des dents et la carie d'après les théories nouvelles ne peut progresser que lorsque cette porte d'entrée est ouverte. Donc, il nous semble important de mettre au point cette question des leptothrix, cause occasionnelle de la carie dentaire par la voie qu'ils ouvrent à travers l'émail aux agents décalcifiants de l'ivoire.

Il résulte des recherches faites dans ces dernières années,

qu'il n'existe pas dans la bouche de l'homme *un* leptothrix, mais bien au contraire plusieurs espèces que l'on a fait rentrer dans le genre des leptothrichées et qui diffèrent soit par leur morphologie, soit par leurs réactions chimiques.

Déjà Leuwenhoëck[1], en dépit des instruments primitifs qu'il avait à sa disposition, avait remarqué, en examinant des dépôts recueillis sur la langue et les dents, des formations filamenteuses auxquelles il donnait le nom de *bâtonnets segmentés*.

En 1847, Ch. Robin[2] reprit cette étude et donna le nom de *leptothrix buccalis* aux *bâtonnets segmentés* de Leuwenhoëck.

Ce leptothrix se présente sous la forme de longs filaments mesurant 1 μ de large sur 15 à 100 μ de long.

Un filament est formé essentiellement d'une mince gaine gélatineuse remplie de protoplasma hyalin sans granulations. Ces éléments observés dans la chambre humide présentent de légères ondulations.

Lorsqu'un filament atteint un certain âge, il se segmente en plusieurs articles qui vivent isolément.

L'emploi des couleurs d'aniline rend évidente cette segmentation de très bonne heure.

Vignal[3] est parvenu à obtenir des cultures pures de leptothrix buccalis auxquelles il décrit les caractères suivants :

Sur la gélatine en plaques, après trois ou quatre jours on observe une saillie arrondie, blanc grisâtre, dont le bord dentelé est semi-transparent.

La gélatine se ramollit sous la colonie.

Sur la gélose, il se forme à 37° une membrane d'un blanc mat un peu jaunâtre, présentant des plis radiés ; sur la

1. Leuwenhoëck, *Arcana naturæ detecta. Delphis Batavorum*, 1680.

2. Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*. Paris, 1853.

3. Vignal, *Recherches sur les micro-organismes de la bouche. Archives de physiologie*, 1886 et 1887.

pomme de terre, des taches blanches plates; sur le bouillon enfin, on observe un trouble, mais point de voile.

Ce leptothrix possède une réaction caractéristique indiquée par Miller [1] : il se colore en violet par l'iode en présence d'un acide même faible.

Il est très commun dans la bouche où on le rencontre dans l'enduit blanchâtre qui recouvre la langue et le collet des dents, dans les débris qui remplissent les cavités des caries dentaires.

On peut l'observer sur les amygdales sous forme de petits points jaunâtres se laissant détacher facilement par le fil de platine servant à faire les prélèvements.

Laboulbène [2] a vu du leptothrix abondamment développé sur la couche pultacée des amygdales et du pharynx chez une femme atteinte de scarlatine.

Il doit avoir, probablement associé à d'autres bactéries, un rôle important dans la formation du tartre dentaire [3].

Miller [4] a pu obtenir ce leptothrix du tartre des dents de momies égyptiennes.

Mais on ne trouve pas dans la bouche qu'une seule espèce de *leptothrix*.

Miller en a décrit plusieurs : tout d'abord il donne le nom de *leptothrix innominata* au *leptothrix buccalis* de Robin, trouvant avec raison ce nom impropre à désigner un organisme ne vivant pas seul de son espèce dans la bouche. Ensuite il distingue un *leptothrix buccalis maxima* et un *bacillus buccalis maximus*, ce dernier ne prenant pas le Gram et présentant un mode de segmentation différent.

En 1889, Arustamow [5] parvient à distinguer une espèce anaérobie et une espèce aérobie.

---

1. Miller, *Die Mikroorganismem der Mundhöhle*. Leipzig, 1889.
2. Laboulbène, *Recherches sur les affections pseudo-membraneuses*, p. 466, pl. 5, fig. 2, 1861.
3. Galippe, *Journal des connaissances médicales*, 1880.
4. Miller. *Der Einfluss der Microorganismen auf die Carie der Zähne. (Archiv für experimentelle Pathologie*, 1882.)
5. *Arustamow, Zur Morphologie und Biologie der Leptothrix.* (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1889.)

M. Choquet [1], professeur à l'Ecole dentaire de Paris, trouva trois nouvelles espèces de leptothrix dont il parvint à faire des cultures pures par l'emploi des bouillons phéniqués que M. Perret avait préconisés pour l'étude du colibacille.

Il résulte des recherches de Choquet que ces trois espèces diffèrent uniquement par des caractères chimiques.

« Dans un cas la gélatine est liquéfiée, tandis que dans les deux autres elle ne l'est pas.

» Dans deux cas on trouve de la fermentation, tandis que dans l'autre il n'y en a pas.

» Enfin un cas donne la réaction de l'indol, tandis que les deux autres ne la donnent pas. »

Choquet n'a trouvé ces différentes espèces que dans la bouche de trois idiots malpropres.

Il serait disposé à croire que les arriérés et les gâteux ont une flore buccale beaucoup plus riche que les individus sains. Mais il avoue n'avoir pu trouver de leptothrix dans la bouche des idiots de Bicêtre, forcés par les surveillantes des services à se brosser les dents chaque jour.

M. Filandro Vicentini [2], de Naples, décrivit en 1897 un micro-organisme de la bouche auquel il donna le nom de *leptothrix racemosa* et qui présente des différences bien plus tranchées avec les autres espèces dont nous avons parlé, surtout par ses caractères morphologiques.

Ce *leptothrix racemosa* se rencontre dans les interstices dentaires, au collet des dents, et se présente sous l'aspect de touffes blanchâtres attachées à l'émail.

C'est lui probablement qui doit participer à ces formations spéciales rencontrées sur la surface de l'émail et que Black [3] désigne sous le nom de *plaques gélatineuses*.

Lorsqu' on examine un filament de leptothrix racemosa on constate qu'il se compose essentiellement d'une tige ou

---

1. Choquet, *Quelques considérations sur le leptothrix buccalis. Troisième Congrès dentaire national*. Paris, 1897.
2. Filandro Vicentini, *Bacteria of the sputa and cryptogamic flora of the mouth, from the « Atti della R. Academia Medico-chirurgica di Napoli »*. Londres, 1897.
3. Black, *Dental Cosmos*, 1899.

pédoncule formée d'une gaine contenant un protoplasma hyalin. Ces filaments sont onduleux et forment un feutrage épais appliqué sur l'émail. L'extrémité libre de ces filaments se renfle en massue par l'addition d'une petite masse de substance gélatineuse. Au sein de cette gélatine on aperçoit de petites formations arrondies.

On peut par la potasse dissoudre cette gélatine : on constate alors que ces corps arrondis sont rattachés au pédoncule central par des fils très délicats ressemblant à des stérigmates [1] et qu'ils présentent une grande similitude avec des spores rangées en séries verticales et régulières.

Ces spores sont mises en évidence par la coloration à la gentiane violette. Ce sont des globules d'une couleur pâle dans la solution d'iode et plus ou moins colorés dans l'aniline.

Sur la gélatine en plaque les cultures de *leptothrix racemosa* présentent un aspect très spécial : il se forme des taches blanches croissant par places en hauteur et déterminant ainsi de grosses villosités à sommet arrondi.

En 1893 M. Mummery [2] examinait la substance blanchâtre déposée sur les dents, en même temps que le professeur Miller, auquel le docteur Vicentini avait demandé de corroborer ses remarques.

Suivant les indications données par le savant italien, ils purent découvrir des corps en forme de massue et l'arrangement régulier des corps sporadiques sur la tige centrale, mais ils ne purent voir les stérigmates qui attachaient les spores à cette tige.

En 1898 le Dr Léon Williams [3] n'ayant pas lu les travaux du Dr Vicentini, ni le travail de M. Mummery (publié dans les comptes rendus de la Société d'Odontologie de la Grande-Bretagne pour 1894) observa ces formes de cocci groupées

---

1. On donne le nom de stérigmate au filament ou pédicule qui provient du filament mère et qui supporte une spore.

2. Mummery, *Considérations sur le leptothrix racemosa. Troisième Congrès dentaire international.* Paris, 1900.

3. Williams, *Dental Cosmos*, avril 1899.

autour de ce qu'il a considéré comme des filaments de leptothrix.

Pour lui également, il ne pouvait y avoir là accumulation accidentelle, et il fallait conclure à l'existence d'un organisme distinct.

Williams montra d'ailleurs par la photographie l'existence de petits filaments ou stérigmates reliant les spores ou cocci à la tige centrale.

Jusqu'à présent, en effet, on ne peut affirmer que l'on se trouve en présence de spores, car on n'a pas encore obtenu de *leptothrix racemosa* par l'ensemencement de ces spores. D'autre part, la mise en évidence de stérigmates supportant les formations globulaires observées par Vicentini ne permet guère de penser à une simple accumulation de cocci.

Au point de vue de la classification de ce nouveau micro-organisme, des réserves doivent être faites. Présente-t-il assez d'analogies avec le leptothrix buccalis de Robin, qui ressemble à une algue, pour être rangé parmi ces plantes ? La forme ondulée et l'enchevêtrement de ses filaments, le renflement qui termine leur extrémité libre et qui contient des spores déterminant ainsi une formation semblable à un sporange, tous ces divers caractères ne rapprochent-ils pas plutôt le racemosa de certains champignons tels que les Mucorinées et parmi celles-ci le *mucor mucedo* et surtout *l'aspergillus fumigatus glaucus ?*

Ce sont là des questions auxquelles ne sauraient répondre avec certitude des recherches aussi récentes que celles qui ont été faites sur ce nouveau micro-organisme. Les mêmes réserves doivent être faites sur d'autres conclusions encore de Vicentini [1].

Cet auteur, reprenant en quelque sorte les théories de Robin [2], de Nœgeli [3], de Zopf [4], de Guignard et Char-

1. Vicentini, *Loco citato* et *Dental Cosmos*, août 1901.
2. Robin, *Des végétaux qui croissent sur les animaux vivants*. Paris, 1847.
3. Nœgeli, *Untersuchungen ueber niederen Pilze*, 1878.
4. Zopf, *Die Spaltpilze*. Breslau, 1855.

rin [1], prétend que la plupart des micro-organismes de la bouche sont des dérivés du leptothrix racemosa, forme essentiellement polymorphe.

Ce racemosa en effet revêt au cours de son cycle évolutif des formes successives sans perdre pour cela son individualité.

Mais Vicentini déclare que ces formes de passage peuvent devenir dans certaines conditions définitives.

De ce fait, il conclut, par exemple, que les *spirilles* ne sont que des portions de *leptothrix racemosa* ondulées ou même régulièrement spiralées. La production d'articles en bâtonnets courts ou allongés, droits ou en virgules, d'articles arrondis et de cocci ne provient, suivant lui, que de segmentations et de formations diverses d'une espèce mère, le leptothrix racemosa.

Il peut y avoir du vrai dans la théorie de Vicentini ; mais il n'est pas possible encore, nous semble-t-il, de partager ces idées sans restriction:

Ainsi donc, voilà esquissées plusieurs espèces de leptothrix buccaux : celles de Robin, de Miller, d'Arustamow, de Choquet, de Vicentini. On voit combien de doutes règnent encore sur leur nombre, leur morphologie et leur reproduction.

D'autre part, si nous considérons le rôle que l'on fait jouer aux leptothrix dans l'étiologie de la carie dentaire, nous allons voir que l'étude de leur action décalcifiante présente encore quelque obscurité.

Pour Ch. Robin le *leptothrix buccalis* était l'agent spécifique de la carie dentaire. Suivant lui, le leptothrix s'introduit dans les canalicules de Tomes et ce long filament amène par les fermentations qu'il produit la décalcification de l'ivoire.

Cette théorie doit être rejetée, car le diamètre d'un filament de leptothrix est de beaucoup supérieur à celui d'un canalicule de la dentine ; il ne saurait donc y pénétrer comme le prétendait Robin.

1. Guignard et Charrin, *Sur le polymorphisme des microbes.* (*Journal de Médecine*, 1888.) — Charrin, *La maladie pyocyanique*, 1889.

On a reconnu depuis que la carie ne possédait pas d'agent spécifique et qu'elle était d'origine polymicrobienne.

Il résulte des travaux de Black [1], de Williams [2], d'Underwood et Miles [3], de Miller, de Mummery, de Choquet, une théorie nouvelle de la carie dentaire.

Le processus de la carie doit être divisé en deux stades :

1° La décalcification de l'émail ;

2° La décalcification de l'ivoire.

On s'accorde à penser que les leptothrix de la bouche et probablement surtout le *leptothrix racemosa* de Vicentini sont les agents de décalcification de l'émail.

En effet, ce leptothrix se trouve à la surface de l'émail sur lequel il s'attache par des touffes blanchâtres, constituant même peut-être les *plaques gélatineuses* dont parle Black. Il détermine ainsi des fermentations acides [4] qui attaquent l'émail et le décalcifient.

L'un de nous [5] a émis l'hypothèse suivante : les acides produits agissent d'autant plus énergiquement qu'ils sont soustraits à l'action neutralisante de la salive par le *bouclier gélatineux* formé par le leptothrix lui-même.

Mais dans un mémoire récent [6] paru dans le *Dental Cosmos* de mai 1902, Miller, de Berlin, met en doute et l'existence constante de cette plaque gélatineuse, et, quand elle existe, son rôle de protection pour les micro-organismes de la carie.

Lorsque l'émail est détruit par les leptothrix, l'ivoire à découvert peut être attaqué par les nombreux micro-organismes beaucoup plus petits qui se trouvent constamment dans la bouche.

On rencontre alors dans les canalicules de Tomes des

---

1. Black, *Dental Cosmos*, 1899.
2. Williams, *Dental Cosmos*, avril 1899.
3. Underwood et Miles, *Trans. du Cong. inter. des sciences médicales*. Londres, 1881, tome III.
4. Frey et Sauvez, *Gazette des hôpitaux*, 1893. — Sanarelli *Centralbl. f. Bakt.* 1892. *Jour. des conn. médic.*, 1892, n° 15. — Rappin, Thèse de Paris, 1881. — Hugenschmidt, Thèse de Paris.
5. Frey, *Etiologie de la carie dentaire. Cong. dent. internat.* 1900.
6. Miller, *Dental Cosmos*, mai 1902.

microcoques et des bactéries très diverses, mais jamais de leptothrix trop grands pour y pénétrer.

A l'heure actuelle, les travaux de Miller, de Williams, de Goadby [1], et tout récemment ceux de Choquet [2] qui a produit expérimentalement la carie chez le mouton vivant, par ensemencement de cultures pures, établissent l'origine polymicrobienne de la carie, et réduisent le rôle des leptothrix à la décalcification de l'émail seulement, rôle d'ailleurs extrêmement important puisque ce n'est rien moins que la porte ouverte aux agents décalcifiants de la dentine tels que ceux décrits par Galippe et Vignal [3], Miller [4], Choquet, etc.

Il est évident que dans la question si complexe de l'étiologie de la carie, si cette hypothèse des leptothrix agents spécifiques de la décalcification de l'émail se confirmait absolument, le problème serait extrêmement simplifié et théoriquement le brossage des dents effectué chaque jour et détachant de l'émail les touffes de leptothrix qui s'y fixent devrait indéfiniment empêcher toute espèce de carie.

Quoi qu'il en soit, il ne faudra jamais perdre de vue l'importance considérable des causes *prédisposantes générales,* telles que l'âge, le sexe, la constitution, l'hérédité, des causes *prédisposantes locales,* imperfections de structure congénitales superficielles et profondes, enfin des *causes occasionnelles,* fissures et usure de l'émail, résorption alvéolaire, gingivo-stomatites, agents chimiques et fermentations acides sous l'influence de tous les micro-organismes de la bouche.

En somme, parmi les leptothrix, c'est le *leptothrix racemosa* qui semble présenter pour nous, dentistes, le plus grand intérêt et nous en résumerons l'étude de la façon suivante :

---

1. Goadby, *Dental Cosmos,* 1900.
2. Choquet, *Etude de quelques microbes de la carie dentaire.* Troisième Congrès dentaire international. Paris, 1900.
3. Galippe et Vignal, *Journal des conn. médic.,* 1889.
4. Miller, *Deustche med. Woch,* 1884.

a) Quelle place doit-on assigner au *leptothrix racemosa ?*

Est-ce vraiment un leptothrix ?

Est-ce alors une mucorinée ?

Sans conclure d'une façon absolue, il semble que par son mode de reproduction (par des sporanges) et sa morphologie (feutrage épais d'où se dégagent les tiges supportant les sporanges) le racemosa se rapproche des mucorinées.

Les leptotrichées, au contraire, ne sont que de simples filaments se reproduisant par scissiparité ou par sporulation simple.

b) Est-il permis d'accepter la théorie édifiée par Vicentini au sujet du micro-organisme qu'il a découvert ? Vicentini, en effet, fait du *racemosa* un organisme supérieur, point de départ de toutes les formations polymorphes (cocci, chaînettes, bacilles) qui se rencontrent dans la bouche.

C'est reprendre là l'ancienne théorie édifiée par Robin lors de son étude sur le *leptothrix buccalis* et qui n'a plus maintenant qu'un intérêt historique.

c) Enfin, parmi les agents décalcifiants de l'émail, c'est le *racemosa* qui par ses touffes épaisses semble tenir le premier rang. Il serait presque l'agent spécifique du premier stade de la carie, du stade de destruction de l'émail.

Mais il ne faut pas oublier qu'une fois l'émail décalcifié, le racemosa paraît ne plus jouer qu'un rôle secondaire, pour permettre aux nombreux micro-organismes qui décalcifient l'ivoire d'entrer en action, *la carie dans son ensemble restant une affection essentiellement polymicrobienne.*

NOTE SUR UN CAS DE TUMEUR DE LA PULPE DENTAIRE SANS CARIE DE LA DENT

Par M. le Dr Pont.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas qui m'a paru assez intéressant et en même temps assez rare pour mériter de vous être communiqué. Voici en quelques mots cette observation.

Le patient M. X..., ingénieur, était un homme de 35 ans, bien portant et ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Il vint me consulter, il y a environ six mois, pour une douleur qu'il ressentait au niveau de la deuxième prémolaire supérieure droite. J'examinai la dent soigneusement et aucun moyen ne me permit de découvrir la moindre trace de carie. Bien entendu je refusai de procéder à l'extraction malgré les supplications du malade. Je me contentai de faire quelques pointes de feu ; je lui ordonnai un traitement local lui recommandant de revenir me voir dans quelques mois, s'il souffrait encore.

Au bout de trois semaines il revint en effet me disant que le traitement l'avait soulagé quelques jours, mais que les douleurs étaient revenues bientôt plus intenses et il me demanda encore de lui extraire cette dent.

Je l'examinai de nouveau et cette fois elle me présenta le caractère suivant :

Elle était toujours absolument indemne de carie, même en examinant à la loupe ; mais à l'éclairage je constatai qu'elle présentait par transparence une couleur rouge vineux, tranchant nettement sur la couleur normale des dents voisines. Je me décidai à faire une trépanation de la dent, mais dès que ma fraise eut dépassé les limites de l'émail, elle ne rencontra plus de résistance et le patient accusa une légère douleur.

Au moyen du ciseau à émail, je fis sauter, pour ainsi dire sans effort, toute la face triturante. Je pus alors constater

que toute la couronne était occupée par la pulpe, qu'il n'y avait plus pour ainsi dire de dentine, l'émail formant une sorte de coque remplie complètement et exclusivement par le tissu mou de la pulpe ; cette dernière présentait les caractères suivants :

Sa coloration était rouge foncé, elle était molle, se laissait dilacérer facilement et n'était pas trop douloureuse. Son extirpation immédiate fut assez facile et ne provoqua pas une grande hémorragie.

Quel diagnostic fallait-il porter en présence d'un cas semblable ? Il ne fallait pas songer à une pulpite chronique hypertrophique, car le malade n'avait jamais souffert antérieurement de cette dent et l'examen à la loupe n'avait pas permis de constater la moindre trace de carie.

On aurait pu croire à la rigueur à un anévrisme de l'artère pulpaire. Ce diagnostic expliquait en effet la coloration rougeâtre et la disparition de la dentine ; on sait que les anévrismes provoquent la résorption même du tissu osseux lorsqu'ils sont en contact avec lui. Mais cette affection ne pouvait pas être admise, car l'ouverture et l'extirpation de la masse pulpaire ne provoqua pas d'hémorragie. Il fallait donc admettre que nous étions en présence d'une tumeur primitive de la pulpe.

L'examen microscopique permettait seul de dire quelle était la nature de cette tumeur et je me propose de vous le faire connaître ultérieurement.

Après avoir fait l'extirpation immédiate de la pulpe, je fis les pansements classiques en pareil cas et, à la séance suivante, j'obturai le canal avec un cône de gutta et je fis un ciment par-dessus.

Je n'ai pas voulu mettre une dent à pivot parce que je ne sais pas si la tumeur ne va pas récidiver et dans ce cas je ne voudrais pas que le pivot pût être incriminé.

J'ai donc mis le malade en observation et j'attends les résultats.

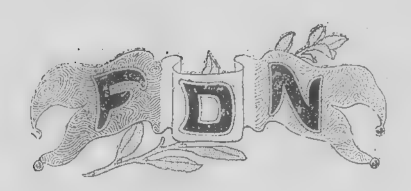
Je n'ai jamais vu de cas semblables et les quelques recherches bibliographiques que j'ai pu faire ont été négatives ;

aussi je serais très reconnaissant à ceux d'entre vous qui pourraient me dire s'ils ont observé ou s'ils ont lu des observations de malades analogues.

Nous pourrions ainsi compléter dès maintenant cette communication et savoir ce que l'avenir réserve à mon patient.

AVIS.

La brochure du Dr Röse « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie.* Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).



FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE



Session de Montauban (août 1902).



Séance du jeudi 7 août 1902.

Présidence de M. Siffre, vice-président.

La séance est ouverte à 10 heures du matin.
17 membres sont présents.

I. — Ordre du jour :

Procès-verbal.
Correspondance.
Vérification des pouvoirs des délégués.
Rapport de M. Sauvez, secrétaire général.
Rapport de M. Stévenin, trésorier.
Rapports de la Commission d'enseignement :
1° Rapport de M. Siffre sur l'enseignement médical du chirurgien-dentiste ;
2° Rapport de M. Papot sur les vœux de l'A. O. B. ;
3° Rapport de M. Godon sur l'enseignement artistique et manuel préparatoire ;
4° Rapport de M. Pont sur l'enseignement de la dentisterie opératoire ;
5° Rapport de M. Martinier sur l'enseignement de la prothèse.
Rapports de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics :
1° Le service militaire et les dentistes par M. Lemerle ;
2° Quatrième vœu de l'Association odontologique de Bordeaux, par M. Delair.
Rapport sur les vœux du Syndicat des chirurgiens-dentistes, par le délégué du Syndicat.

Vœux à soumettre à la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S.
Vœux à soumettre à la F. D. I.
Vœux et propositions diverses.

II. — CORRESPONDANCE.

M. Sauvez, secrétaire général, donne lecture des trois procès-verbaux [1] des séances du Bureau et des Commissions tenues le 17 juillet (adoptés).

---

1. *Réunion du bureau, 17 juillet* 1902.

Présidence de M. GODON, président.

Séance ouverte à 6 h. 1/4, chez M. Martinier.
Présents : MM. Sauvez, Stévenin, Viau.
Excusés : MM. Siffre, Queudot et Delair.

Ordre du jour :

§ 1° Procès-verbal et correspondance ;
§ 2° Organisation de la session de Montauban ;
§ 3° Questions à étudier ;
§ 4° Questions diverses.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal de la séance du 15 mai, qui est mis aux voix et adopté.

Il communique une lettre de M. Hélot, de Brest, annonçant la dissolution de la Société des dentistes du Nord-Ouest.

M Godon propose, en raison de l'extension de la Fédération, de scinder en deux les fonctions de secrétaire adjoint, trésorier : M. Stévenin demeurerait trésorier et M. Blatter serait nommé secrétaire adjoint. — Adopté, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale.

M. Sauvez propose que le délégué du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France qui se rendra à Montauban soit chargé du rapport sur les vœux présentés par le Syndicat. — Adopté.

Séance levée à 7 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
E. SAUVEZ.

Réunion de la Commission d'Enseignement du 17 juillet 1902.

Présidence de M. MARTINIER, président.

Séance ouverte à 6 h. chez M. Martinier.
Présents : MM. Papot, Godon, Sauvez, Viau.
Excusés : MM. Queudot, Siffre.

Ordre du jour :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Étude des questions à discuter à Montauban ;
4° Nominations des rapporteurs ;
5° Propositions diverses.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal de la séance du 15 mai, qui est adopté.

Il est décidé de charger M. Siffre de présenter à Montauban un rapport sur la proposition suivante adoptée par l'Assemblée générale du 25 mai : « Quelle est la somme d'enseignement médical que le chirurgien-dentiste doit acquérir dans

Il communique ensuite la correspondance comprenant notamment les lettres d'excuses de M. le D[r] Godon, empêché par maladie. Il présente également les excuses de MM. Roy, délégué au Congrès de Munich, Viau, Queudot, Rolland, Marronneaud, Ducournau.

M. Delair présente les excuses de M. Lalement et *M. Papot* celles de M. Martinier.

M. Sauvez propose la nomination de M. Blatter comme secrétaire adjoint (adopté).

Il donne lecture du rapport de M. Stévenin, trésorier. Ce rapport est adopté.

III. — Vérification des pouvoirs des délégués.

M. Papot représente l'Ecole dentaire de Paris.

M. le D[r] Sauvez représente la Société d'Odontologie de Paris.

M. Coignard représente l'Association générale des dentistes de France.

M. le D[r] Siffre représente la Société odontologique de France et l'Ecole odontotechnique.

M. Blatter représente le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

M. Rozenbaum représente le Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis.

M. le D[r] Pont représente l'Ecole dentaire de Lyon.

---

l'état actuel de l'art dentaire et quels sont les moyens de l'acquérir en conservant l'autonomie de l'art dentaire ? »

Il est décidé également de charger M. Papot de présenter un rapport sur les vœux n[os] 1, 2, 3 et 5 de l'Association odontologique de Bordeaux.

Des vœux nouveaux sont émis par la Commission sur l'enseignement du manuel opératoire, de la dentisterie opératoire et de la prothèse. MM. Godon, Pont et Martinier sont respectivement désignés pour être rapporteurs de ces vœux et présenter des rapports à Montauban.

Séance levée à 6 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
E. Sauvez.

Réunion de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics du 17 *juillet* 1902.

Présidence de M. Godon.

Séance ouverte à 7 h. 1/4 chez M. Martinier.

Présents : MM. Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal de la séance du 15 mai, qui est adopté.

Il est décidé de charger M. Delair de faire un rapport sur le 4[e] vœu de l'Association odontologique de Bordeaux, qui est ainsi conçu :

4° Qu'il soit demandé la création de chirurgiens-dentistes militaires ; que, en attendant, les étudiants en chirurgie-dentaire pourvus de huit inscriptions au moins et les chirurgiens-dentistes soient chargés d'un service dentaire dans les hôpitaux militaires, régiments, casernes, etc., sous la surveillance des majors.

Séance levée à 7 h. 1/2.

Le Secrétaire,
Stévenin.

M. Vichot représente la Société d'Odontologie de Lyon.

M. Armand représente l'Association odontologique de Bordeaux.

M. Fayoux représente l'Ecole dentaire de Bordeaux.

MM. Dr Chemin et Houdié représentent la Société des dentistes du Midi.

M. Delair représente le Syndicat dentaire du Centre.

Assistent en outre à la séance MM. le Dr Béal (Lille), Bouvet (Angers), Ott (Paris) et Thuillier (Rouen).

IV. — Rapport de M. le secrétaire général.

M. Sauvez lit le rapport suivant :

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. SAUVEZ,

Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Il s'est écoulé trop peu de temps depuis notre dernière entrevue pour que j'aie des éléments susceptibles de constituer un rapport.

Le meilleur rapport est le *Bulletin de la Fédération dentaire nationale* qui vous a été adressé à tous ces jours derniers. Vous avez pu voir que c'est un volume important de 125 pages et qu'il contient toutes nos séances de la dernière session.

Comme je m'étais marqué à l'ordre du jour, par habitude, pour présenter un rapport de secrétaire général, j'ai tout de même rédigé quelques pages pour attirer spécialement votre attention sur un point qui touche de près notre profession.

J'ai prétendu, dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous soumettre lors de la dernière session, que le nombre des médecins exerçant la profession de spécialiste des maladies de la bouche et des dents aurait doublé dans dix ans, et j'ai reçu les confidences d'un certain nombre d'entre vous qui m'ont, manifesté leurs appréhensions et qui craignent que peu à peu le flot des docteurs en médecine en montant toujours, ne finisse par submerger les dentistes, comme la mer montante submerge la grève. Je tiens à répondre à cette crainte, car cela me donnera, je l'espère, l'occasion de fixer, une fois pour toutes, un point sur lequel les opinions sont différentes.

Dans la question de l'enseignement dentaire, il y a un facteur dont on parle souvent, mais qui n'est pas, à mon avis, suffisamment mis en lumière, car s'il était examiné avec la considération qu'il mérite, ce ne serait plus un facteur, ce serait une base, et une base sur laquelle seule peut s'établir une discussion utile : je veux parler de la durée des études nécessaires pour former un dentiste.

C'est parce que l'accord ne s'est pas encore fait sur ce point de durée qu'il est possible de voir ces éternelles discussions, sur l'enseignement dentaire.

Est-ce quatre ans? Est-ce un temps illimité? Est-ce dix ans?

Les uns disent trois ou quatre ans et établissent un programme basé sur une scolarité de cette durée. Les autres ne s'en occupent pas et disent qu'il faut avant tout être docteur en médecine, ce qui demande cinq ans, puis étudier la spécialité, ce qui demande un an ou deux. Je spécifie bien ce point de durée. S'il est nécessaire que le dentiste soit médecin, il faut qu'il fasse sept à huit ans d'études, et je prétends que je n'exagère pas. Je vais à ce sujet vous citer un petit fait personnel, pris sur le vif, qui montrera la nécessité de ces sept ou huit années.

Il y a environ un mois, un jeune médecin vint me trouver, sur la recommandation d'un de mes bons amis, pour me demander si je pouvais lui procurer une place d'assistant chez un dentiste ayant une grande clientèle, afin se perfectionner, me dit-il, avant de s'installer.

« Très probablement, lui répondis-je. Je connais la plupart des dentistes importants de France, médecins ou non, et souvent ils s'adressent à moi pour cela. Mais il est nécessaire que je possède quelques renseignements sur vous, et que vous me disiez ce que vous savez.

— Oh! me dit-il, je connais à peu près les diverses parties nécessaires pour l'exercice du cabinet: extractions, pansements, obturations.

— Et la prothèse? lui dis-je.

— Je sais prendre des empreintes, et le mécanicien fait le reste.

— Et les aurifications?

— Très peu, mais je n'aurai qu'à m'y mettre pendant quelque temps.

— Et les bridges? Et les couronnes?

— Les bridges, j'avoue que je n'y connais rien ; quant aux couronnes, j'en ai vu placer, mais je n'en ai jamais fait ni placé moi-même.

— Et les soins de canaux?

— Cela, je le connais, me dit-il; ce n'est d'ailleurs pas très difficile.

— Alors, lui dis-je, vous savez à peu près arracher les dents, passer des mèches dans les canaux, et faire des obturations au ciment et à l'amalgame.

— C'est cela, me dit-il, la pratique courante.

— Très bien, lui dis-je, je verrai si je puis vous trouver quelque

chose, mais je crains que vos connaissances ne suffisent pas. »

Je n'ai pas cité de nom et personne, je crois, ne pourra se reconnaître dans ce portrait.

Mais, ne croyez-vous pas que tout jeune médecin qui n'a pas fait d'études dentaires spéciales se trouve à peu près à ce niveau à la fin de la première année de ses études dentaires, quelle qu'ait été l'excellence de ses études médicales? Et par conséquent, il lui faudra encore au moins une année de travail, pour être à même, non pas de savoir la partie technique d'une façon approfondie, mais de commencer à exercer d'une façon profitable pour son client, c'est-à-dire de connaître un peu de la prothèse, des aurifications, des bridges et des couronnes.

J'ai cité cet exemple au hasard, mais j'en vois d'analogues plusieurs fois par an.

Je ne veux pas développer cette question ; je me contente de vous citer cette petite anecdote toute personnelle pour vous montrer qu'il est nécessaire de faire au moins deux années d'études spéciales après le doctorat en médecine pour être à même d'exercer.

Or, comme il faut environ cinq ans pour avoir son diplôme de docteur en médecine, après avoir passé les baccalauréats, cela fait bien sept ans d'études.

En présence de ces deux affirmations contradictoires, l'une demandant trois à quatre ans, l'autre sept, mettons-nous à la place de ce bon public, puisque c'est, en somme, pour lui qu'ont lieu ces discussions et voyons quels sont ses besoins.

Dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire pour 98 personnes sur 100 qui se présentent chez le dentiste, il s'agit du traitement d'une dent, avec pulpe encore couverte ou non couverte de dentine protectrice, d'une dent à carie perforante infectée, avec ou sans complication, c'est-à-dire du traitement d'une dent, d'une obturation ou d'une extraction. Voilà pour la dentisterie opératoire. Ou bien, il s'agit du remplacement partiel ou total d'une dent ou de plusieurs dents. Voilà pour la prothèse.

Je mets en dehors deux cas sur cent dans lesquels il s'agit d'une sinusite, d'un phlegmon, d'un kyste du maxillaire, d'une nécrose des mâchoires, voire même d'une gingivite rebelle ou d'une prothèse particulière du voile du palais. Je veux bien même en mettre cinq sur cent, pour ne pas rétrécir la discussion. Ne voulant me placer qu'au point de vue du public, j'accorde très bien qu'il est très utile pour ces cinq cas sur cent que le dentiste soit médecin ; je suppose même démontré que c'est nécessaire et je raisonne sur ce point de départ.

Le public a besoin de dentistes complets. Or, pour être dentiste

complet, il faut être docteur en médecine et dentiste. Donc, les dentistes mettront huit années à faire leurs études, après le baccalauréat, qui est nécessaire pour être médecin.

Mais n'est-il pas suffisant de montrer où aboutit le syllogisme pour faire voir toute la fausseté de ses promesses ? Quoi, pour être avocat, médecin, notaire, officier, ingénieur, architecte, pour entrer, en un mot, dans toute carrière libérale, il suffirait d'environ quatre ans d'études après les baccalauréats, et pour être dentiste il faudrait huit ans ! Est-ce donc une profession particulièrement honorifique ? Pas du tout.

Alors, le recrutement serait impossible. Quel serait le père de famille qui voudrait faire de son fils un dentiste s'il fallait huit ans d'études ? Et le bon public, que je ne veux pas perdre de vue dans ce raisonnement, car c'est lui le principal intéressé, le bon public aurait à peine quelques praticiens très complets dans les villes importantes, lesquels auraient, naturellement, des situations privilégiées et rémunératrices ! Quant à la multitude qui habite les faubourgs, les campagnes, les petites villes même, cette multitude qui forme 95 à 98 0/0 des malades souffrirait en silence, ne pouvant payer des honoraires assez élevés à des praticiens si complets !

Ce serait absolument la même chose de soutenir que pour exercer la médecine, il est nécessaire d'être au moins chef de clinique, et que nul ne devrait être officier sans passer par l'École de guerre.

Or, il faut des officiers pour notre armée, des notaires pour nos affaires, des architectes pour nos maisons. Et comme il faut des dentistes pour le public, il est impossible d'exiger d'eux un nombre d'années d'études supérieur à celui qui est exigé dans la plupart des autres professions, c'est-à-dire *quatre ans d'études.*

C'est ce qu'a décidé l'École dentaire de Paris et ce qui sera, je l'espère, adopté par les autres Écoles dentaires françaises ; c'est le système qui existe actuellement aux États-Unis d'Amérique, c'est ce qui existe dans la plupart des pays d'Europe, et il est impossible qu'il en soit autrement, au point de vue pratique, à moins que, dans l'avenir, les classes privilégiées et riches n'aient seules des caries dentaires.

Remarquez que je serais bien mal placé à vouloir empêcher qui que ce soit de faire ses études en médecine et ses études en dentisterie. Tant mieux pour celui qui peut le faire. Il sera plus armé dans la lutte pour la vie, ayant un titre de plus.

Mais ce que j'ai voulu faire ressortir dans cet exposé, c'est que l'on ne doit pas raisonner sur ces deux à cinq malades au plus pour cent, on doit raisonner sur une généralité, et en raisonnant

ainsi, on constate qu'il est impossible, pour nous qui examinons quel doit être l'enseignement dentaire uniquement dans l'intérêt de l'avenir de notre profession, de baser cet enseignement sur une durée moyenne supérieure à quatre années, si l'on veut avoir assez de dentistes pour assurer le recrutement suffisant de la profession, d'après les besoins du public.

Mais je m'aperçois que j'ai oublié de m'occuper des cinq malades sur cent qui attendent leur tour dans le salon du dentiste. Qu'en faire? Oh, c'est très simple. Le dentiste aura assez appris en quatre ans pour être à même de diagnostiquer que leur cas est en dehors de son ressort et il les enverra au stomatologiste pur, s'il en existe, c'est-à-dire au véritable spécialiste des mâchoires et de la bouche, ou au chirurgien ou bien encore au rhinologiste pour certains cas.

J'ai à dessein insisté sur ce point parce qu'il me semble, et je répète ici ce que j'ai dit en commençant, que cette considération de la durée des études dentaires devrait être la base de toute discussion sur l'enseignement dentaire, et que, avant toute discussion, on devrait répondre à cette première question. Acceptez-vous quatre années d'études ?

Si oui, c'est bien ; discutons et voyons quel est le meilleur parti à tirer de cette scolarité.

Sinon, ne discutons pas. Tout le monde accepte d'avance qu'un dentiste qui sera, non seulement dentiste, mais médecin, métallurgiste, artiste, mécanicien, ingénieur, etc., connaîtra plus à fond, sinon la pratique de la clientèle, tout au moins les diverses sciences qui composent l'art dentaire.

Ainsi donc, je pense avoir répondu à l'appréhension que certains confrères m'avaient manifestée, et je crois que nous pouvons, sans crainte, aborder les travaux de la Fédération dentaire nationale pendant la session de Montauban 1902.

V. — Rapport de M. Siffre.

Le doyen d'âge M. Coignard prend la présidence et donne la parole à M. le Dr Siffre pour lecture du rapport de la Commission d'enseignement.

Discussion.

M. le Dr Pont. — Le désir du rapporteur serait parfait s'il était réalisable ; mais une Faculté de médecine ne peut se charger d'un enseignement théorique médical, à moins qu'elle n'y soit contrainte par la loi. Elle ne se charge pas spécialement de l'enseignement de la larnygologie, de l'otologie, etc., encore moins voudrait-elle assumer l'enseignement médical dentaire. Il faut commencer par le commencement, à moins de faire faire en quelque sorte un enseignement dentaire primaire par les

chefs de clinique des écoles. L'enseignement théorique ne peut être donné par les Facultés.

M. le Dr Chemin. — On donne, à mon sens, déjà beaucoup trop d'enseignement médical et chirurgical à nos élèves ; nous devrions rester dans le *statu quo* indiqué par l'Ecole.

M. Papot. — Je tiens à faire remarquer avant que la discussion continue que M. Siffre ne s'est pas conformé pour son rapport au but spécial qui avait été défini ainsi : « *Quelle est la somme d'enseignementmédical que le chirurgien-dentiste doit acquérir dans l'état actuel de l'art dentaire et quels sont les moyens de l'acquérir en conservant l'autonomie de l'art dentaire?* »

Son rapport ne sauvegarde aucunement l'autonomie des écoles. A l'Ecole dentaire de Paris il existe des cliniques chirurgicale et médicale répondant aux besoins des élèves, lesquels besoins se réduisent à l'étude des maladies frappant les malades *allant et venant* et laissant complètement de côté les maladies de ceux qui sont alités.

M. Sauvez. — Comme le fait remarquer avec juste raison M. Papot, M. Siffre est absolument sorti de la question ; il viole par ses conclusions l'autonomie de nos Ecoles dentaires. Une décision de la Fédération dentaire nationale avait était prise à ce sujet : « *Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les écoles dentaires, sauf celle de la dissection en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement pour ces étudiants.* »

Je proteste de toute mon énergie contre les conclusions de M. Siffre ; en suivant la voie qu'il nous propose, l'autonomie des écoles est compromise, même perdue. A quoi auront servi vingt-cinq années de lutte, de travail, d'efforts pour voir l'œuvre créée par les ouvriers de la première heure s'écrouler ? Nous devons conserver avec un soin jaloux ce qui nous appartient. Vous savez que la première école dentaire fut fondée à Baltimore par un dentiste. Celui-ci avait sollicité de la Faculté de médecine l'enseignement médical chez elle ; le résultat fut désastreux. A l'heure actuelle toutes les écoles américaines sont fédérées et donnent intégralement tout l'enseignement théorique et pratique dans leurs collèges.

L'anatomie enseignée dans une Faculté de médecine aux étudiants en dentisterie et en médecine réunis ne pourrait profiter ni aux uns ni aux autres ; il en serait de même de la physiologie et de la pathologie interne et externe. Je ne veux point m'étendre d'avantage sur ces considérations connues de vous. A ce titre les étudiants en dentisterie, en raison de l'étendue de leur art, devraient être à la fois chimistes, métallurgistes, physiciens ou ingénieurs, médecins, etc., etc., étant donné les différentes connections de notre art avec les branches voisines auxquelles il touche. Nous devons porter notre discussion sur le fond et non sur l'étiquette.

Pour terminer et me résumer je proteste contre de telles conceptions.

M. Siffre. — En théorie je constate que M. le Dr Pont est de mon avis, en partie du moins. Mais le fond de ses principes ne répond qu'à un besoin politique professionnel. Un professeur de Faculté serait

certainement mieux indiqué pour un enseignement théorique médical que ceux qui en ont la charge dans nos écoles. Le jour où l'Etat le voudrait, il pourrait retirer aux Ecoles l'enseignement dentaire. Je persiste dans mes opinions : l'enseignement médical aux Facultés de médecine, l'enseignement dentaire intégral dans les *écoles dentaires*. Ce droit des Facultés est si bien établi qu'elles seules dirigent les examens comme elles le veulent. Si la partie médicale seule était professée dans son sein, avec un programme établi par elle, les examens eux-mêmes seraient réglés d'une façon précise.

La preuve qu'à l'heure actuelle les écoles font ce que bon leur semble, c'est que la Faculté ne se préoccupe que de la délivrance des douze inscriptions ; aussi qu'en résulte-t-il ? A côté d'écoles sérieuses il en est une que je ne veux pas désigner autrement et vous savez aussi bien que moi ce qui s'y passe.

L'enseignement dentaire est libre et, quelle que soit l'Ecole, l'État n'a rien à y voir.

Nous sommes dentistes et nous aimons faire de l'enseignement professionnel dentaire ; aux Ecoles de médecine de l'Etat de faire de l'enseignement médical.

M. Sauvez. — Je voudrais que M. Siffre nous donnât des arguments portant sur le fond. Tout est vague ; il ne cite à l'appui de sa thèse que des cas exceptionnels qui ne comptent pas sur l'ensemble. M. Siffre ne répond pas sur cette question de fond.

L'enseignement médical à la Faculté ne modifiera en rien ni nos droits, ni ceux de nos élèves ; ils seront toujours ce qu'ils ont été, c'est-à-dire chirurgiens-dentistes.

L'Etat ne veut pas, à juste raison, se charger d'une telle mission quand il voit qu'autour de lui des professionnels s'occupent de cet enseignement médical, spécial et pratique.

Je ne comprends pas pourquoi M. Siffre cite une certaine école ; elle est connue à sa réelle valeur surtout à la Faculté.

Ce qu'il y a de regrettable, c'est que l'Ecole dentaire de Paris et celles de Lyon et de Bordeaux consentent à se fédérer, tandis que celle qui est représentée par M. Siffre s'y refuse. Pourquoi ? Nous travaillons cependant tous à la même cause et dans le même but.

M. Siffre. — Ceci est absolument à côté de la question.

M. Pont. — Si la Faculté, d'après M. Siffre, veut bien se charger de l'enseignement médical, ce serait dans le but de faire de nos élèves des odonto-stomatologistes. Je crois que cette façon de voir est mauvaise, surtout fausse, même périlleuse. En Suisse, malgré les deux ans de Faculté et les trois semestres de pratique, les dentistes qui sortent des Ecoles dentaires font œuvre de dentistes et non de médecins.

M. Armand. — Nous n'avons pas à revenir sur cette question qui avait été tranchée à Paris lors de la dernière réunion de la Fédération.

M. Siffre. — La question devait être reprise à Montauban.

M. Papot. — Je proteste : ce qui devait revenir à Montauban, c'est la question de la somme d'enseignement médical que le chirurgien-dentiste doit acquérir, et pas du tout la façon dont cet enseignement pourrait être donné, pas plus que le lieu où il pourrait l'être.

M. Siffre. — Je crois malgré tout que je suis resté dans le cadre de la question : l'enseignement technique aux Ecoles dentaires, l'enseignement médical aux Facultés. Je maintiens mes conclusions.

M. Sauvez fait la proposition suivante :

« *La Fédération dentaire nationale renvoie la question à la prochaine* » *session parce que le rapport présenté par M. Siffre n'est pas absolument* » *conforme à la question posée et ne réserve pas suffisamment l'autonomie* » *de l'art dentaire.* »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Siffre. — Je demande à la Fédération de reprendre la question et de la mettre au point.

M. Sauvez. — M. Siffre voudra bien nous présenter ce rapport, conforme aux décisions précédentes, à la prochaine session de la Fédération.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire,
BLATTER.

Séance du vendredi 8 août 1902.

Présidence de M. SIFFRE, vice-président.

La séance est ouverte à 2 heures de l'après-midi.

Présents : dix-sept membres : MM. Sauvez, Armand, Fayoux, Chemin, Alaux, Subirana, Delair, Blatter, Rozenbaum, Vichot, Papot, Frey, Siffre, Périé, Vidal, Houdié, Thomas.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Sauvez donne lecture de la lettre suivante de M. Bonnard, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France (dont acte).

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Paris, le 6 août 1902.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a confié à M. Blatter, chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris, la mission de le représenter à la Fédération dentaire nationale et que notre distingué confrère a accepté cette mission.

Veuillez agréer, monsieur le président, les vœux que je forme pour la complète réussite de la réunion de la Fédération et agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le président du Syndicat,
A. BONNARD.

II. — PROCÈS-VERBAL.

M. Blatter, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance.

Après une discussion engagée entre certains membres au sujet du rapport de M. Siffre, celui-ci propose l'ordre du jour suivant :

« La Fédération dentaire nationale décide de publier le rapport de » M. Siffre et, confiante dans les décisions du bureau pour la publica-

» tion du procès-verbal de la séance du 7 août, passe à l'ordre du jour. »

M. Papot combat cet ordre du jour et propose le suivant :

« L'assemblée, confirmant son vote précédent, décide que le rapport » de M. Siffre ne sera pas publié, que la discussion en sera très écourtée » dans le procès-verbal et laisse à son bureau le soin d'en arrêter les » termes. »

L'ordre du jour de M. Siffre est repoussé et celui de M. Papot est adopté.

M. Siffre. — Je publierai mon rapport.

III. — RAPPORT SUR LES VŒUX DE L'A. O. B.

M. Papot donne lecture du rapport suivant. *(A été inséré page 207, n° du 30 août.)*

DISCUSSION.

M. Siffre remercie M. Papot du travail si documenté qu'il vient de présenter.

M. Armand. — Nous ne pouvons pas laisser passer certaines critiques de M. Papot en ce qui concerne le stage de trois ans chez un dentiste. Ce stage très pratique assurerait à nos futurs élèves les notions techniques préalables qui sont indispensables.

M. Papot.— Nous nous opposons au stage préliminaire chez un dentiste parce qu'il ne saurait être une garantie sûre. Il est certain qu'un dentiste très occupé dans son cabinet ne peut assumer une telle tâche ; ensuite tous les dentistes ne peuvent donner une garantie professionnelle absolue en matière d'enseignement. L'enseignement dentaire pratique ne peut appartenir qu'aux écoles dans lesquelles il existe des programmes progressifs et un corps enseignant compétent.

M. Sauvez. — Il est certain que, si un stage devait être établi, ce serait plutôt après l'obtention du diplôme. Le stage donnerait alors une expérience très grande du cabinet, car le travail de clientèle ne ressemble guère à celui du dispensaire.

M. Armand. — En théorie M. Sauvez est de notre avis, mais pas en pratique. Cependant vous avez créé une quatrième année en vue du perfectionnement de votre enseignement. Croyez-vous qu'un élève, après avoir obtenu son diplôme continuera à faire chez vous de la prothèse par exemple ? Un stage pratique préalable lui serait donc utile.

M. Papot. — Il faudrait d'abord savoir ce que vous entendez par un stage de trois ans. Est-ce, comme j'ai cru le comprendre dans votre proposition, un stage s'appliquant exclusivement à la dentisterie opératoire ou, comme vous semblez le dire maintenant, ne visant que l'enseignement du laboratoire ?

S'il s'agit de la dentisterie, je prétends qu'un dentiste ne pourra, comme nous le faisons à l'Ecole dentaire de Paris, y consacrer 2271 heures sans compter celles employées par les cliniques [1]. S'il s'agit

---

1. Voir détail des heures dans le tableau des cours de l'Ecole dentaire de Paris (Communication à la Société d'Odontologie, séance du 10 juin 1902. *L'Odontologie* du 15 août, p. 120).

de la prothèse à laquelle 2496 heures sont consacrées pendant la durée des études, je soutiens qu'un élève suivra avec plus de fruit les cours pratiques d'une école dentaire.

Chez un dentiste cet élève ne verrait que les travaux faits habituellement par ce dentiste, tandis qu'à l'Ecole on lui fera exécuter avec une progression méthodique tous les travaux inscrits sur les programmes.

M. Armand. — C'est bien pour l'Ecole dentaire de Paris, mais dans les autres écoles il n'en est pas ainsi. Je vous le demande, un élève sorti de cette école peut-il pratiquer aussitôt ?

M. Papot. — D'abord il y a élève et élève. Un bon élève ayant terminé sa scolarité à l'Ecole dentaire de Paris peut certainement s'établir, mais, ainsi que vous le disait tout à l'heure M. Sauvez, le meilleur stage chez un dentiste, est celui que l'on fait comme opérateur après la sortie de l'Ecole.

M. Sauvez. — Le grand danger du stage c'est l'inégalité du niveau. Il y a dentiste et dentiste et le stage ne saurait être uniforme.

M. Houdié. — On pourrait demander un examen avant d'entrer à l'Ecole confirmant la valeur du stage.

M. Armand. — Nous sommes en présence de deux systèmes : 1° celui de la quatrième année dans les Ecoles ; 2° celui du stage préalable chez un dentiste.

M. Papot. — Le vrai, le seul enseignement ne peut être donné que dans les Ecoles dentaires, vous l'avez déclaré précisément à propos du rapport de M. Siffre ; ici il sera homogène, là il ne pourra jamais le devenir.

Nous avons des écoles qui suivent une évolution, elles ont un corps enseignant comprenant toutes les compétences. Tout ce que l'élève doit apprendre et savoir s'y trouve réuni. D'ailleurs vous ne pouvez nier que l'enseignement du laboratoire ne serait pas donné par le dentiste, mais bien par le mécanicien ou les mécaniciens qu'il occupe ; ce serait donc revenir à l'apprentissage.

M. Armand. — Mais les élèves qui feraient un stage ne seraient point des ouvriers !

M. Chemin. — Les dentistes seront-ils rétribués pour le stage ?

M. Armand. — C'est une question à régler.

M. Sauvez. — Pour nous rendre compte du résultat du stage, il suffit de faire un peu d'historique. Nos anciens faisaient un stage chez un dentiste. Est-ce que nous, élèves des écoles, nous leur sommes inférieurs ? Je ne le crois pas.

M. Armand. — Oui, en ce qui concerne la prothèse. Nous demandons que les élèves entrant à l'Ecole dentaire aient un bagage pratique suffisant.

M. Sauvez. — Ce serait évidemment une bonne chose. Tout à l'heure vous aurez connaissance d'une proposition de M. Godon demandant un enseignement manuel préalable, mais, telle qu'elle est formulée, votre proposition est impraticable.

M. Armand. — Je voudrais que ce fût une mesure générale.

M. Papot. — Comme vous venez de l'entendre, M. Godon demande un enseignement manuel général. C'est pour les mêmes raisons que dans mon rapport j'insiste sur la possession par nos élèves du certificat

d'études primaires supérieures pour lequel un enseignement manuel est exigé.

M. Armand. — Au nom de la Société odontologique de Bordeaux, dont nous sommes les délégués, je maintiens notre demande de stage sans insister sur sa durée.

M. Houdié. — Je suis contre le stage. On aurait à compter aussi avec l'intelligence et le travail de l'élève. Il n'y aurait plus de régularité pour l'admission des élèves.

M. Siffre. — Vous demandez ainsi une modification au décret régissant l'admission dans les écoles.

M. Armand. — Oui, c'est au Ministère de l'Intruction publique qu'il faudra en référer.

M. Siffre. — Vous maintenez votre proposition de stage chez un dentiste avant l'entrée de l'élève dans une école ?

M. Armand. — Oui.

M. Papot. — Au nom de la Commission d'enseignement, je demande le rejet de ce vœu.

La proposition de M. Papot est mise aux voix.

Le premier vœu de l'A. O. B. est rejeté à l'unanimité moins une voix.

Les vœux 2, 3 et 5 de l'A. O. B. sont successivement rejetés et toutes les propositions de la Commission d'enseignement sont ensuite adoptées.

IV. — Vœux divers.

M. Sauvez demande et obtient la confirmation des vœux adoptés dans les séances précédentes.

M. Sauvez communique une lettre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France (adhésion donnée).

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Paris, le 23 juillet 1902.

Monsieur le Président de la F. D. N.
Monsieur le Président et cher confrère,

Vous savez qu'il y a trois ans il s'est formé un *Comité de contre-publicité*, composé des délégués de diverses Sociétés dentaires dans le but de combattre le charlatanisme.

Ce Comité, conformément au vœu émis par le Congrès de 1900, a décidé la publication d'une brochure de contre-réclame et a chargé le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France du soin de le faire imprimer.

Nous venons vous demander, monsieur le président, l'autorisation de mentionner la Fédération dentaire nationale parmi les Sociétés patronant l'impression de cette brochure et dont les noms figureront sur la couverture.

Les Sociétés adhérentes, à ce jour, sont :

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des Dentistes de France.

L'Ecole odontotechnique et l'Association odontotechnique.

L'Association des Dentistes du Sud-Est.

L'Association des Dentistes du Rhône et région.

L'Association des Dentistes du Nord-Ouest.
L'Ecole dentaire de Lyon.
Recevez, Monsieur le président et cher confrère, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Pour le secrétaire, P. STÉVENIN, *Le président,* C. RONNET.

M. Sauvez donne lecture de la déclaration de principes [1] votée par l'Association générale des dentistes de France (adhésion donnée).

DÉCLARATION DE PRINCIPES [1]

1° L'odontologie est une science autonome. Elle doit cette autonomie aux conditions historiques de son évolution et au degré le développement auquel elle est parvenue actuellement.

L'art dentaire moderne exige des connaissances techniques diverses ; il nécessite notamment des manœuvres complexes empruntées pour le plus grand nombre aux arts mécaniques et qui font de la profession de dentiste une profession spéciale distincte de celle de médecin ;

2° L'enseignement professionnel du dentiste ne peut être donné complètement que dans les Ecoles dentaires spécialement organisées dans ce but.

Cet enseignement doit avoir actuellement une durée minimun de quatre ans et comprendre une instruction scientifique et médicale, ainsi qu'une instruction technique et manuelle, la durée de cette dernière devant prédominer ;

3° Dans les services publics (hôpitaux, écoles, usines, casernes, etc.) l'art dentaire doit être exercé par un praticien pourvu d'un titre dentaire justifiant d'une instruction professionnelle complète.

4° Les odontologistes acceptent :

A) Au point de vue légal, la loi du 30 novembre 1892, qui a créé le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste ;

B) Au point de vue de l'enseignement, les Ecoles dentaires libres patronnées par des Associations professionnelles ;

C) Au point de vue corporatif, les Associations, Congrès ou Groupements divers dans lesquels le principe d'autonomie de la profession est respecté et qui réprouvent toute réclame ;

D) Au point de vue social, le devoir de mettre gratuitement leur savoir professionnel à la disposition des classes pauvres, comme doivent le faire ceux qui exercent les diverses professions libérales ;

5° Les odontologistes estiment que le docteur en médecine sans études spéciales complètes dans une Ecole dentaire n'est nullement préparé à l'exercice de l'art dentaire.

La déclaration ci-dessus résume dans son ensemble la conception de la profession dentaire telle que la comprennent les dentistes dits ODONTOLOGISTES, par opposition à la conception admise par les dentistes dits STOMATOLOGISTES.

---

1. Adoptée le 8 avril 1902 par l'assemblée générale du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris (Association générale des dentistes de France, Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et Société d'Odontologie de Paris).

M. Sauvez demande à l'Assemblée de confirmer les pouvoirs des délégués de la F D N à la Fédération internationale de Stockholm (adopté).

V. — L'ÉDUCATION MANUELLE PRÉLIMINAIRE DU CHIRURGIEN-DENTISTE PAR M. GODON.

M. Sauvez en l'absence de M. Godon donne lecture du rapport suivant :

L'ÉDUCATION ARTISTIQUE ET MANUELLE PRÉLIMINAIRE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Par le Dr CH. GODON.

Le Congrès dentaire international de Paris en 1900 a adopté dans un de ses vœux que l'éducation préliminaire du chirurgien-dentiste devait comprendre :

« Une instruction littéraire, avec la connaissance de deux langues vivantes.

» Une instruction scientifique.

» Une instruction manuelle. »

La Fédération dentaire nationale a adopté le même vœu dans la séance du 24 mai 1902 dans les termes suivants : « L'instruction générale nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :

« 1° Une instruction littéraire avec la connaissance de deux langues vivantes permettant d'aborder à 16 ans les études préliminaires spéciales ;

» 2° Une instruction scientifique élémentaire ;

» 3° Une instruction manuelle. »

De la discussion à laquelle ce vœu a donné lieu il est résulté qu'il était souhaitable que l'instruction générale de l'étudiant fût terminée à 16 ans environ, mais qu'il était désirable également que celui-ci ne fût pas admis dans les Écoles dentaires avant l'âge de 18 ans ; qu'en conséquence l'étudiant pouvait, pour se mieux préparer à l'enseignement des dites écoles, consacrer ces deux années, de 16 à 18 ans, à compléter son éducation générale dans les conditions indiquées par les deux vœux en question, savoir :

1° Au point de vue littéraire, en s'appliquant surtout à l'étude des deux langues vivantes, l'anglais et l'allemand par exemple pour les étudiants français ;

2° Au point de vue scientifique, en perfectionnant ses connaissances en physique, chimie et histoire naturelle ;

3° Au point de vue artistique et manuel, en se livrant journellement à des exercices de dessin et de modelage et à des travaux pratiques sur le bois, le fer, les divers métaux, etc. ; suivant le pro-

gramme préparatoire des écoles professionnelles d'arts et métiers françaises ou des « manual training » américains (Voir pièces annexes).

Les certificats d'études exigés par le décret du 25 juillet 1893 pour l'entrée dans les Écoles dentaires permettent parfaitement la réalisation de ces vœux. Ils sont de deux sortes :

1° Le certificat d'études primaires supérieures et le certificat d'études secondaires qui s'obtiennent généralement l'un ou l'autre à 16 ans : le premier, par les bons élèves de l'enseignement primaire ; le deuxième par les élèves de l'enseignement secondaire qui n'ont pu pour des motifs divers poursuivre leurs études jusqu'au baccalauréat. Pour ces deux catégories d'élèves, il est fort possible de suivre un enseignement préparatoire de deux années organisé dans les conditions ci-dessus indiquées aux trois points de vue littéraire, scientifique et manuel.

Pour les bacheliers, cela est possible en leur faisant suivre la série sciences, langues vivantes de la nouvelle organisation de l'enseignement secondaire (voir pièces annexes) ; il ne leur manquerait plus que l'éducation artistique et manuelle.

Le programme de cet enseignement peut être organisé de telle sorte qu'il leur soit applicable de 16 à 18 ans, aussi bien qu'aux deux autres catégories d'étudiants.

Enfin le dit programme pourrait entrer en vigueur par simple décision des Écoles dentaires au même titre et dans les mêmes conditions que la création d'une quatrième année d'études techniques par exemple.

Programme de l'enseignement artistique et manuel.

Il nous paraît inutile de revenir sur les arguments que l'on a fait valoir pour démontrer la nécessité d'une éducation artistique et manuelle préparatoire pour le chirurgien-dentiste. La cause est depuis longtemps entendue sur ce point. Rappelons pourtant les débats auxquels a donné lieu la création de l'Institut of Dental technology and school of Mechanical Dentistry de Georges Cunningham, qui est un des premiers et des plus complets essais de création de cet enseignement.

Cet enseignement peut être donné sous différentes formes :

1° L'apprentissage dans le laboratoire d'un dentiste ;

2° Dans une école ou dans des cours préparatoires spéciaux ;

3° Dans des ateliers de divers métiers.

L'apprentissage chez le dentiste est en Angleterre et en Allemagne et a été longtemps en France le procédé d'éducation manuelle de l'élève dentiste par l'étude de la prothèse pratique au laboratoire. Il offre de nombreux inconvénients tenant notam-

ment aux aptitudes souvent insuffisantes du patron à l'enseignement ; de plus il ne peut comprendre l'enseignement littéraire et scientifique complémentaire jugé nécessaire, ce qui le rend inutilisable avec le programme d'éducation préliminaire tel qu'il a été exposé plus haut.

L'école ou cours spécial serait évidemment ce qui conviendrait le mieux pour le dit enseignement ; c'est du reste ce qu'avait compris M. le Dr Georges Cunningham en créant son Institut of Dental technology ; malheureusement il ne semble pas que le succès ait récompensé ses efforts. Peut-être nos Écoles dentaires seraient-elles mieux préparées pour organiser un tel enseignement. En attendant il faut nous contenter des cours qui existent en les utilisant en vue du but poursuivi.

Nous laisserions de côté la partie littéraire et scientifique pour lesquelles il est toujours facile de trouver des cours ou des professeurs particuliers.

Nous devons pourtant indiquer qu'à notre avis la moitié de la journée devrait être consacrée à ces enseignements pendant ces deux années.

L'autre moitié de la journée, au moins *deux heures par jour*, devrait être consacrée à l'enseignement artistique et manuel ainsi divisé :

1er semestre : travaux sur le bois et dessin.

2e semestre : travaux sur le fer et dessin.

3e semestre : travaux de bijouterie ou analogues et modelage.

4e semestre : travaux de prothèse dentaire élémentaire.

Le temps serait partagé entre les travaux pratiques proprement dits et des exercices de dessin et de modelage.

Le programme ci-dessus pourrait, pour les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue du baccalauréat, être *réduit au minimum à une heure de travaux manuels par jour*.

Afin de ne pas abuser du temps consacré à la Fédération, je me suis borné à indiquer les grandes lignes de l'enseignement préparatoire, me réservant de les développer ultérieurement si cela est nécessaire. Je terminerai par le vœu suivant : *Il y aurait avantage à ce que les Écoles dentaires établissent un examen d'entrée portant sur l'éducation artistique et manuelle reçue par le candidat qui se présente pour être admis comme étudiant en chirurgie dentaire.* Cet examen ne devrait pas être éliminatoire, au moins transitoirement. Il permettrait de juger du degré de dextérité de l'étudiant et de ses aptitudes à l'étude de la dentisterie ; il servirait ainsi à établir un premier classement.

DISCUSSION.

M. Papot. — Je ne puis qu'appuyer les conclusions du rapport de M. Godon, mais je demande l'adjonction de l'amendement suivant : *Les élèves titulaires du certificat d'Etudes primaires supérieures pourront être dispensés de cet examen d'entrée.*

Le rapport est adopté, les vœux émis par le rapporteur et l'amendement présenté par M. Papot le sont également.

VI. — ENSEIGNEMENT DE LA PROTHÈSE.

M. Papot présente des excuses au nom de M. Martinier qui pour des raisons de santé n'a pu venir présenter ce rapport (ajourné à la prochaine session).

VII. — VŒUX DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

M. Blatter qui vient de recevoir aujourd'hui même les instructions du Syndicat n'est pas en mesure de présenter ce rapport. (Ajourné à la prochaine session.)

VIII. — ENSEIGNEMENT DE LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE.

M. Vichot présente les excuses de M. Pont qui vient par dépêche d'être rappelé à Lyon. (Remis à la prochaine session.)

IX. — 4e VŒU DE L'A. O. B. LE SERVICE MILITAIRE ET LES DENTISTES, PAR M. DELAIR.

RAPPORT SUR LE 4e VŒU DE L'A. O. B

Présenté, au nom de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics,

Par LÉON DELAIR.

La loi de 1892 sur l'exercice de la médecine a réglementé la profession de chirurgien-dentiste et institué un diplôme spécial délivré par les Facultés.

L'obtention de ce diplôme nécessite aujourd'hui : douze inscriptions, trois années d'études médicales, un stage à l'amphithéâtre des hôpitaux pour la dissection et l'étude de l'anatomie générale ; à la fin de chaque année, des examens théoriques et pratiques sur des programmes identiques adoptés par les Écoles dentaires françaises, et portant sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique générales et spéciales, la physique, la chimie, etc... Au cours de ces trois années d'études l'étudiant en chirurgie dentaire aborde successivement les connaissances qui doivent lui devenir familières pour l'exercice d'une profession qui est aujourd'hui une spécialité médicale, et qui elle aussi contribue à l'amélioration de l'hygiène et de la santé publique.

Pendant trois ans l'étudiant ne voit pas seulement exécuter sous ses yeux les plus délicates opérations chirurgicales, administrer les divers anesthésiques si précieux pour la suppression de la douleur, appliquer l'asepsie et l'antisepsie au traitement des dents, employer les multiples méthodes de dentisterie opératoire pour leur conservation, faire des préparations bactériologiques pour l'étude de leurs maladies, enfin façonner des montures de dents artificielles, soit d'or, soit d'autres substances, pour remplacer des organes si nécessaires à la mastication, à la parole et à l'esthétique ; préparer et travailler les métaux, confectionner des appareils de réduction des fractures des maxillaires, de prothèse orthopédique, enfin de prothèse bucco-faciale.

Il s'y exerce aussi lui-même chaque jour à la clinique la matinée, au laboratoire l'après-midi, et chaque professeur spécialiste lui prodigue pour cela ses conseils.

Pendant ces trois années son temps est donc également partagé entre l'étude de la science et la pratique de l'art dentaires, jusqu'au jour où la Faculté prononce pour lui le « dignus es intrare ». Généralement cette époque correspond à celle où tout citoyen français doit faire son service militaire.

Alors que certaines catégories de jeunes gens sont dispensés de deux années de service comme ouvriers d'art, peintres, décorateurs, menuisiers, serruriers, dessinateurs, etc... le chirurgien-dentiste accomplit intégralement ses trois années de service à la compagnie. Il a donc grandement le temps d'apprendre la manœuvre du fusil et d'oublier celle de ses instruments, mais cette question serait peut-être secondaire s'il ne venait pas à tout esprit clairvoyant cette pensée que, puisqu'il est dans tous les hôpitaux militaires des infirmiers recrutés le plus souvent, pour ne pas dire toujours, parmi les jeunes soldats n'ayant pas la plus élémentaire notion de thérapeutique, il serait plus logique de les remplacer à l'avenir dans la mesure du possible et dans l'intérêt de tous par des diplômés ou des étudiants ayant au moins huit inscriptions, c'est-à-dire ayant fait deux ans d'études dentaires.

Ces derniers, habitués à voir et à exécuter des opérations sanglantes, à pratiquer avec soin l'antisepsie, ne seraient-ils pas d'abord pour les médecins-majors de très utiles auxilaires ? Ensuite, leur habileté technique ne pourrait-elle pas être appliquée au traitement de la bouche et des dents des hommes faisant leur service militaire ? La santé générale de ceux-ci n'en serait qu'améliorée, et souvent les soins les plus urgents donnés à la dentition d'un soldat dispenseraient celui-ci de passer maintes journées à l'infirmerie pour cause de gastralgies, abcès dentaires, etc.

Des vœux ont été émis dans ce sens dans plusieurs Congrès den

taires et dans les journaux professionnels. Il est donc inutile que j'insiste sur cette question, sur laquelle, sauf pour quelques détails, nous sommes tous d'accord.

En Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis, les soldats reçoivent les soins de chirurgiens-dentistes militaires. La France démocratique restera-t-elle en arrière sur une mesure qui touche au plus haut point la santé des hommes, c'est-à-dire la vigueur de la race ? Indépendamment des 228 jeunes gens exemptés en moyenne chaque année pour leur mauvaise dentition, il y en a une moyenne de 790 qui sont versés dans les services auxiliaires faute de dentistes militaires pour mettre leurs dents en bon état au régiment.

Impropres au service militaire

1896	97	98	99	1900	96	97	98	99	1900	96	97	98	99	1900
Pertes des dents.					**Divisions congénitales.**					**Maladies des gencives et de la Bouche.**				
83	95	73	117	88	71	90	96	112	122	34	46	43	44	35
Totaux des cinq ans. 446					491					202 = 1139				
Moyenne annuelle... 89 1/5					98 2/5					40 4/5 = 228				
Versés dans les services auxiliaires.														
808	713	649	655	571						98	131	118	105	103
Totaux en 5 années.. 3396					....	....	....	....	....	555 = 3951				
Moyenne annuelle. .. 679 $\frac{1}{5}$					....	....	....	....	....	111 = 790				

Ces moyennes prises sur les totaux des cinq années 1896, 97, 98, 99 et 1900 sont tirées des documents publiés par le ministère de la guerre sur le recrutement de l'armée.

En temps de guerre, l'ambulance devrait être le poste tout indiqué du chirurgien-dentiste ; non seulement il y serait employé comme auxiliaire par le médecin-major, mais encore il y pourrait exécuter sur place, pour les fractures des maxillaires, des appareils de prothèse dont les blessés à la face ne peuvent généralement pas être pourvus après le combat.

Pendant la période d'instruction de la réserve ces mêmes chi-

rurgiens-dentistes devraient faire leur stage dans un hôpital militaire.

Les étudiants en chirurgie dentaire ayant huit inscriptions ne pourront être autres que des jeunes gens ayant l'intention de compléter leurs études après leur sortie de l'armée. Pendant leur passage au régiment leurs connaissances en chirurgie et en dentisterie seraient des plus utiles à leurs camarades de régiment, enfin ils n'oublieraient pas ce qu'ils ont appris avant leur incorporation, au contraire.

Honoré par le bureau de la Fédération de la rédaction de ce rapport sur le quatrième vœu présenté à la session de mai par l'Association odontologique de Bordeaux, je vous propose donc de l'adopter et de donner au bureau de la Fédération mission de demander que le chirurgien-dentiste et l'étudiant en chirurgie dentaire ayant au minimum huit inscriptions soient à l'avenir désignés officiellement pour donner les soins dentaires aux soldats dans les hôpitaux militaires et les régiments, sous les ordres de médecins-majors.

Discussion.

M. Papot. — Pourquoi trouvez-vous suffisante la possession de la huitième inscription ?

Il me paraîtrait préférable que nos élèves pussent obtenir un sursis : ils y gagneraient d'abord d'éviter une interruption fâcheuse.

M. Armand. — Avec la nouvelle loi de deux ans cela ne sera pas accordé.

M. Papot. — Je crois cependant que cela est possible, même nécessaire, afin de permettre à nos élèves de terminer leurs études avant leur incorporation ; je demande que le service dentaire de l'armée soit assuré par les chirurgiens-dentistes possédant le diplôme d'Etat.

La loi portant réduction du service militaire étant en préparation, il y aurait lieu de faire dès à présent le nécessaire près des pouvoirs publics pour obtenir ce sursis, possible actuellement, mais impossible après le vote de la loi.

Le rapport sur le quatrième vœu de l'A. O. B. est adopté avec l'amendement proposé par M. Papot.

X. — Rapport de M. Lemerle [1].

M. *Sauvez* propose la mise aux voix des vœux du rapport de M. Lemerle sur *le service militaire des dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire.*

---

1. Publié dans *L'Odontologie*, n° du 30 juin 1902, p. 620.

Conclusions.

La Fédération dentaire nationale propose la création d'un service dentaire régulier dans chaque régiment.

Pour atteindre ce but sans grever le budget, elle émet les vœux suivants :

1° Tous les jeunes gens possédant le diplôme de chirurgien-dentiste et tous les étudiants en chirurgie dentaire possédant douze inscriptions seront affectés à ce service ;

2° Il sera accordé des sursis d'appel d'un an, renouvelables au moins une fois, pour permettre aux retardataires d'obtenir leur diplôme ou leur douzième inscription ;

3° Les réservistes et les territoriaux continueront leur profession de dentiste pendant leurs périodes d'instruction militaire ;

4° Les hommes de ces diverses catégories dépendraient du service de santé ; ils entreraient au corps sans aucun grade, mais pourraient, en suivant la hiérarchie commune, être libérés comme sous-officiers. Ils pourraient être alors assimilés au grade de médecin auxiliaire.

Ces vœux sont adoptés sauf le quatrième qui est rejeté par la Fédération.

XI. — Renvoi de vœux a la Section d'Odontologie.

Les vœux d'intérêt général votés précédemment sont renvoyés à la Section d'Odontologie pour être transmis, avec leurs rapports, par le bureau de l'AFAS aux pouvoirs compétents.

XII. — Nomination du bureau.

M. Siffre. — Avant de terminer la séance il y a lieu de procéder à la nomination du bureau.

Par acclamation le bureau actuel est maintenu jusqu'en 1903.

M. Siffre. — Avant de clore la session de la F. D. N., permettez-moi mes chers confrères de vous remercier de la part que vous avez apportée dans les travaux que nous avons eus à étudier, et sur lesquels nous avons, pour le bien de la profession, pris les décisions que nous avons jugées les meilleures.

Je suis votre interprète à tous en chargeant notre secrétaire général Sauvez, de porter à notre Président Godon, l'assurance de notre sympathie avec les regrets de ne pas l'avoir eu parmi nous.

Je déclare la session de la F. D. N. close.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Le secrétaire,
Blatter.

Avis relatifs a Montauban-Toulouse.

Les membres qui auraient des rectifications à faire aux comptes rendus de Montauban-Toulouse sont instamment priés de les adresser dans un très bref délai à la rédaction de *L'Odontologie,* afin qu'elles puissent figurer dans les brochures spéciales qui seront prochainement publiées.

Les auteurs de communications n'ayant pas encore remis leurs manuscrits sont priés de n'en pas différer plus longtemps l'envoi. Nous rappelons à ce propos les indications de l'A. F. A. S. et nous informons les auteurs que *L'Odontologie* se charge de la remise des épreuves *in extenso* pour les communications reçues en temps utile, mais que ceux-ci ont à s'occuper eux-mêmes de leurs résumés.

Note relative aux mémoires présentés au Congrès.

(Extrait du Règlement de l'A. F. A. S.)

Art. 69. — Les membres qui n'auraient pas remis au Secrétaire de leur section, pendant la session, le résumé sommaire de leur communication devront le *faire parvenir au Secrétariat au plus tard quatre semaines après la clôture de la session.* Passé cette époque, le titre seul du travail figurera au procès-verbal, sauf décision spéciale du Conseil d'administration.

Art. 70. — L'étendue des résumés sommaires ne devra pas dépasser une demi-page d'impression (2.000 lettres) pour une même question.

Art. 71. — Les notes et mémoires dont l'impression *in extenso* est demandée par les auteurs devront être remis au Secrétaire de la section pendant la session ou être expédiés directement au Secrétariat *deux mois au plus tard après la clôture de la session.* Les planches ou dessins accompagnant un mémoire devront être joints à celui-ci.

Art. 72. — *Dix pages* au maximum, peuvent être accordées à un auteur pour une même question ; toutefois la Commission de publication pourra proposer au Conseil d'administration de fixer exceptionnellement une étendue plus considérable.

(Voir de plus, les articles 73 à 81 du règlement, page xv du I[er] volume des C. R. du Congrès d'Ajaccio.)

N. B. — Les auteurs sont *instamment priés, pour faciliter l'impression, de n'écrire que sur le recto du papier* et, lorsque les mémoires comportent des figures, d'en fournir le dessin à part. Il suffit alors d'inscrire, dans le texte, le numéro de chaque figure à la place qu'elle doit occuper *lors de la mise en pages.*

Les congressistes qui désirent recevoir un exemplaire de la photographie prise à l'issue d'une des séances de Montauban peuvent soit la faire retirer au prix de 3 francs chez M. Achille Bouis, place de l'Hôtel-de-Ville, Montauban, soit se la faire envoyer par colis postal au prix de 4 francs, y compris les frais d'emballage spécial.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Présidence de M. Ravet, président.

Séance du 19 juin 1902.

Ordre du jour :

Correspondance.
Emploi de la photographie stéréoscopique en art dentaire.
Etude comparative des divers systèmes pour la fabrication des coiffes ou couronnes en or.
Appareil pour la fabrication rapide des couronnes.
Un cas de résorption de racines.
Présentation.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

M. Ravet. — Messieurs, j'ai le plaisir de vous annoncer que le bureau de votre Société vient de faire le nécessaire pour que des sténographes assistent à nos séances et soient chargés du procès-verbal.

Ces comptes rendus reproduits à la machine à écrire seront réunis en volumes et déposés à la bibliothèque où ils seront à notre disposition.

J'ai à vous donner lecture d'une lettre de M. le Dr Guillot qui ne peut assister à la séance de ce soir.

Il nous adresse quelques dents anormales.

Voici le passage de sa lettre concernant les dents que j'ai l'honneur de vous présenter.

Cours, le 18 juin 1902.

Je vous adresse un spécimen de dent molaire temporaire supérieure droite, la deuxième présentant quatre racines divergentes et qui sont venues sans se briser pendant l'extraction.

Le possesseur de cette dent est un enfant mâle de 10 ans !

La première molaire temporaire droite a été découronnée par la carie. Une seule racine persiste. La première biscuspide permanente, destinée à remplacer la première molaire temporaire, fait saillir une partie externe de sa couronne cuspide.

Je vous joins aussi une canine inférieure gauche enlevée chez une personne de 40 ans ; elle est saine, mais, comme elle était la seule

dans la bouche, et qu'elle gênait pour faire un appareil inférieur complet, elle fut sacrifiée.

Bien à vous tous.

D[r] Guillot.
F. G. V.

J'écrirai à M. le D[r] Guillot et je me ferai votre interprète pour lui adresser tous nos remercîments pour son envoi de ce soir.

M. Pont. — Il est un peu tard et je crois que nous serons obligés d'écourter la séance ; je vous demande donc de bien vouloir renvoyer la communication que je devais vous faire : « Adénite chronique d'origine dentaire, fistule cutanée, hernie du ganglion », à notre prochaine réunion, afin de pouvoir donner tout de suite la parole à M. Harwood et de terminer notre réunion à une heure raisonnable.

Au préalable je vais vous dire deux mots sur l'EMPLOI DE LA PHOTOGRAPHIE STÉRÉOSCOPIQUE DANS L'ART DENTAIRE ; j'avais déjà présenté ces photographies à la Société d'Odontologie de Paris, par l'intermédiaire de M. Papot et je profite de cette réunion pour lui adresser mes remerciements publics.

Ce procédé a comme principe, lorsque nous allons à un Congrès, ou lorsque nous assistons à une séance comme celle de ce soir, de nous permettre de ne pas apporter toute une série de modèles en plâtre, qui sont extrêmement encombrants ; ils ont beaucoup d'avantages, mais ils ont l'inconvénient de se conserver avec peine, d'être exposés à se casser et d'être très difficilement transportables. Si nous voulons montrer un ou deux cas intéressants de redressement, à un Congrès, nous risquons d'avoir un excédent de bagages inutile.

Au moyen d'un appareil stéoroscopique et de cinq ou six photographies, on se dispense de tout cet attirail en plâtre.

Vous pourrez d'abord voir ici, dans une de ces photographies, un cas de redressement brusque ; il s'agissait d'une canine supérieure droite en rétroversion, (le n° 1 représente la dent avant l'opération, le n° 2 après l'opération).

La seconde représente un redressement par la méthode du cordonnet, connue déjà depuis un certain temps, et que M. Younger a démontrée à Paris assez longuement, il y a même eu à la Faculté de Paris une thèse faite sur cette méthode.

Le modèle montre la bouche avant le traitement, pendant le traitement et après le traitement, et vous verrez que les résultats obtenus par cette méthode du cordonnet sont très satisfaisants.

Ici, c'est également un redressement par la méthode du cordonnet ; je n'ai pas pu reprendre la photographie après le traitement, vous verrez seulement la bouche avant et pendant le traitement.

La quatrième représente un cas qui m'a paru assez intéressant ; il s'agissait d'une personne de 45 ans qui avait encore une dent tempo-

raire, dont on avait coupé la couronne en la remplaçant au moyen d'un appareil qui la gênait beaucoup et dont il fallait la débarrasser ; je parvins à placer sur cette racine de dent temporaire une dent de Logan qui tient encore depuis deux ans.

L'autre est un cas de rétroversion des dents supérieures ; le redressement a été fait par un appareil spécial, que je ne peux pas décrire ce soir.

Vous voyez donc que par ces photographies on peut absolument éviter l'encombrement des modèles en plâtre que l'on risque d'égarer ou de casser.

Je cède la parole à M. Harwood, pour ses études comparées des différentes coiffes métalliques.

ÉTUDE COMPARATIVE DES DIVERS SYSTÈMES POUR LA FABRICATION DES COIFFES OU COURONNES EN OR.

Dans cette communication je me propose de considérer les diverses manières de fabriquer les couronnes toutes en or, en limitant la question le plus possible.

D'autre part, au point de vue de l'esthétique et du bon goût, la pose d'une couronne en or trop en vue n'est pas admissible. L'application de ces couronnes semble indiquée dans le cas où la surface triturante d'une dent manque complètement ou en grande partie, dans le cas où les bords de la partie restante sont faibles et où une obturation ne promet que peu de durée, enfin dans le cas où la couronne manque complètement ou même où les racines, quoique séparées, restent fermement implantées.

Afin de démontrer les divers systèmes et d'en juger les avantages, voyons quelles sont les diverses qualités que nous exigeons d'une couronne en or. Il faut d'abord une grande stabilité ou fixité sur la racine à coiffer, une adaptation parfaite comme forme aux contours de la racine, contact avec les dents voisines, une occlusion normale pour les besoins de la mastication afin de remplacer efficacement la fonction de la dent absente ; les tubercules formées sur la face triturante doivent reproduire aussi exactement l'anatomie particulière de la dent manquante, quelle que soit la dent à remplacer. La question de contour des autres surfaces de la couronne a également une grande importance ; notre couronne doit être en tous points pareille à la dent manquante, car si elle est simplement cylindrique comme la plupart des couronnes qu'on trouve dans le commerce, le passage et la rétention des aliments se font fatalement entre la couronne et la dent voisine ne constituant un danger pour celle-ci et une gêne perpétuelle pour notre client.

Une couronne ayant tous les contours reproduits ne laisse point d'interstice, la gencive venant s'adapter comme à la dent remplacée.

En dernier lieu il faut tenir compte de la résistance de la couronne. La simple épaisseur du métal n'étant pas suffisante, serait vite perforée, donc notre couronne doit être toujours renforcée à la surface triturante ou faite avec de l'or fondu d'une épaisseur convenable.

Voilà donc les qualités que nous allons demander aux divers systèmes connus. Comme plusieurs d'entre eux sont semblables, je parlerai d'un système type de chaque classe, en commençant par l'historique de quelques méthodes anciennes afin de montrer le développement des méthodes modernes.

Puisque l'adaptation de la couronne à la racine est de première importance, la préparation de celle-ci réclame notre attention, et quelques mots à ce propos ne seraient pas une grande digression. Nous supposerons que les racines sont obturées. La dent à traiter, après avoir été réduite en hauteur, laissant ainsi la place pour l'épaisseur de la face de la couronne, est ensuite taillée sur ses surfaces verticales de façon qu'elles soient parallèles (figure au tableau), que le collet de la dent *ne soit pas inférieur* comme diamètre aux autres parties de la dent ; une bonne prise sur la racine est ainsi assurée. Pour les dents étroites de collet la partie à enlever pourrait être relativement considérable, néanmoins ce principe devrait être toujours observé, autrement la couronne aura une adaption défectueuse par manque de contact avec le collet de la dent et, au lieu de glisser entre la racine et la gencive, un rebord est formé appuyant sur la gencive (figure au tableau). Les inconvénients sont trop évidents pour que j'aie besoin d'insister.

Pour obtenir ces surfaces verticales, parallèles, une série de limes, meules, etc. est nécessaire. On peut faire sauter le reste de l'émail à l'aide des ciseaux du Dr Case fabriqués spécialement dans ce but, ou encore avec le « *root reducer du Dr S. Howe* ». Cet instrument consiste en une tige qui est introduite dans la chambre pulpaire et porte aussi un ressort dont l'extrémité formant lime est appliquée sur l'extérieure de la racine. La rotation de l'instrument diminue et taille les pourtours de la racine en suivant les contours grâce au ressort.

On peut faire deux classes de tous les systèmes employés, soit la couronne en deux parties, soit la couronne d'une pièce sans soudure ou joint. La première peut être considérée comme la plus ancienne et sera étudiée dans cet ordre.

La manière de prendre la mesure ou dimension du collet est restée classique. Un morceau de fil métallique dont les extrémités sont tenues par un porte-équarissoir d'horloger ou instrument analogue « dentimètre » est serré par torsion autour du collet jusqu'à ce que le fil soit tendu (figure au tableau).

Une des premières façons de former la bande était de placer cette boucle de fil sur l'extrémité d'un morceau de sapin et à coups de marteau de l'enfoncer dans le bois ; le bois taillé ensuite a la forme laissée

par l'empreinte du fil et la bande d'or façonnée dessus, ou bien encore le fil était placé sur du plâtre frais et taillé de la même manière.

Puis, une fois la bande formée, un morceau d'or était soudé à plat et de petites cupules d'or étaient ajoutées pour former les tubercules. Le contour de la dent était complété avec de la soudure coulée autour.

Nous voyons ensuite arriver les bandes d'or sans joints ni soudure, de différentes hauteurs et dimensions, avec une série de coins pour l'estampage de la face sur un bloc de plomb (système D[r] G. W. Melotte). Afin de façonner ces bandes toutes faites, la maison White fabrique une série de mandrins de différentes formes et dimensions. Ces mandrins, plus gros au centre qu'à l'extrémité, suffisaient pour varier le diamètre et la forme. Comme complément de ce système d'anneaux tout faits, on fabrique des séries de surfaces en or massif (pas creux) prêts à être soudés à la bande une fois ajustée (figure au tableau).

Notons, en passant, le jeu d'anneaux du D[r] Herbst pour prendre les dimensions des racines approximativement.

Une autre manière de complèter la bande d'or, commune aujourd'hui à bien des méthodes, consiste en une plaque d'acier ou autre métal résistant portant en creux ou en relief diverses formes de surfaces triturantes ; un disque d'or est placé sur la plaque d'acier et un cône ou cylindre de plomb est placé dessus, un fort martelage du plomb chasse l'or et le fait reproduire la forme sur laquelle il est placé ; on ajuste ensuite à la bande.

Une autre manière consiste à prendre et à reproduire les tubercules d'une dent naturelle d'une taille et d'une forme approximatives.

Jusqu'à présent nous remarquons qu'aucune précision n'est faite pour ainsi dire pour reproduire l'articulation exacte avec la dent antagoniste. Il est vrai que divers instruments existent pour façonner à *peu près* le contour de la bande et la faire accorder avec les dents voisines.

Avec le système d'Hollingsworth (SS. White), un grand pas en avant est fait dans la question de contour et on approche de l'établissement d'une articulation se rapportant aux besoins de chaque cas individuel. La couronne se fait par ce système encore en deux parties.

Une fois la bande ajustée à la racine, elle est chauffée au rouge et son bord inférieur appliqué sur un morceau de bois dans lequel elle s'incruste et se fixe. Une série de modèles en métal, représentant chacun la forme des deux tiers inférieurs d'une dent, c'est-à-dire d'une dent sans la surface triturante est toute préparée. On choisit le modèle le plus approchant, on le place dans l'intérieur de la bande et le tout est mis sous presse. Le bord inférieur de la bande étant tenu dans le bois, conserve sa forme pendant que l'autre partie reproduit le contour d'un modèle.

Pour former la surface triturante, il y a une série de coins en acier ayant juste la taille du tiers supérieur de la dent.

La bande est ajustée à une hauteur convenable et mise en position sur la racine. Un des coins est essayé dessus, modifié au besoin par l'addition d'un peu de moldine (terre glaise ou terre de potier, sans *chaux*, mélangé avec de la glycérine).

Le coin est enlevé, entouré d'une rondelle de caoutchouc et un modèle métallique (*en creux*) est fabriqué. Le métal employé est le métal de Melotte dont la formule est bismuth 8, étain 5 et plomb 3. La surface de la couronne est ensuite obtenue comme avec la plaque d'acier, cylindre de plomb, etc. déjà décrite. La manière de faire les surfaces en or massif est intéressante. Le coin en acier choisi est enfoncé dans un bloc d'amiante préalablement mouillé et des déchets d'or fin sont placés dans le creux ainsi obtenu. (Il est recommandé de ne jamais employer de borax avec l'amiante.) Une fois l'or fondu, on abaisse sur la masse un cylindre de carbone à l'extrémité unie et chauffé en même temps.

Ainsi aplati sur sa surface inférieure le bloc d'or est d'ajustement plus facile.

Ici remarquons que la forme du coin n'est pas modifiée et par conséquent l'articulation est approximative.

Je laisse de côté plusieurs systèmes analogues, mais qui ne lui sont pas supérieurs.

La méthode classique pour la fabrication des couronnes en deux parties est assez connue pour que je n'insiste pas trop, mais pour les élèves présents je donne un aperçu.

Après préparation on mesure le diamètre de la racine avec du fil de fer et le dentimètre.

Enlevé de la racine, ce fil est coupé par le milieu et étendu droit. Une bande d'or d'une largeur qui égale à peu près la hauteur des deux tiers de la dent à remplacer est préparée, ayant également la longueur du fil. On soude les deux extrémités ensemble et la bague est ajustée à la racine. Par endroits le bord inférieur est échancré pour suivre la forme de la gencive. Une fois la bande placée, on prend une empreinte en plâtre, la bague est placée dans l'empreinte et le modèle coulé.

L'empreinte de la mâchoire opposée est aussi prise et le tout monté sur un articulateur. Après avoir verni le modèle, on place un peu de plâtre dans l'anneau et l'on ferme l'articulateur. Ce plâtre une fois sec est façonné à la forme désirée. Quoique ceci paraisse un peu long, on a l'avantage d'avoir sous les yeux les formes des dents voisines qu'il est utile de reproduire. On peut dire que l'ajustage direct de la bague à la racine est parfois douloureux. La manière la moins gênante pour le client est de prendre une empreinte une fois la racine préparée et de faire façonner la bande entre deux séances sans toutefois la souder. Une bande ainsi préparée peut être brunie à la racine avant d'être soudée. On obtient de cette façon une adaptation

supérieure. Pour gagner du temps, au lieu de prendre l'empreinte on place un peu de Stents ou mieux encore de la gutta Gilbert dans l'anneau, sur lequel vient mordre le client. Cette gutta est formée aux contours voulus laissant à nu l'épaisseur de l'or de la bande et ensuite montée sur un articulateur (dessin au tableau). La face de notre maquette est enfoncée dans de la moldine jusqu'au niveau de la bande ; un modèle et un contre-modèle sont obtenus et l'estampage et l'ajustage à la bande est complété.

Comme ici nous avons estampé par-dessus notre modèle et nous aurions l'épaisseur du métal *en plus*, une petite plaque en étain de l'épaisseur de l'or est placée par-dessus celui-ci pendant l'ajustage final des deux parties, coiffe et bague.

L'emploi du « crown swager » d'Ash économise un peu de temps en remplaçant par le tampon en caoutchouc mou la contre-partie de notre modèle. L'emploi d'une contre-partie en métal cependant donne plus de netteté à la forme reproduite quand ceci est désirable.

L'ajustage achevé, les deux parties sont sorties de l'articulateur, attachées et fixées ensemble et soudées avec de la soudure à haut titre à cause de la couleur. Ensuite, pour résister à l'usure, le fond de l'intérieur de notre couronne est renforcé avec de la soudure d'or au tiers. Un grand soin est nécessaire afin de ne pas défaire les autres soudures et ne pas faire monter cette soudure de renfort sur la bande, ce qui empêcherait son adaptation. Ce renforcement des tubercules a lieu après un essai de la couronne, ce qui permet une modification facile si besoin est.

Je vais comparer maintenant quelques systèmes de fabrication de couronnes sans soudure, c'est-à-dire faites d'une pièce.

Parlons tout d'abord des couronnes toutes faites. Il y a peu de chose à dire en leur faveur. Le hasard seul peut favoriser leur adaptation. Il en existe deux formes : la plus commune est la dent à forme cylindrique ayant sa surface formée approximativement à nos besoins ; la deuxième forme moins bien connue est la couronne à contour. Leur emploi a discrédité dans une grande mesure l'usage des coiffes en or, car il est matériellement impossible que le choix soit suffisant pour répondre à toutes nos demandes. Tous les systèmes (et ils sont nombreux) et l'outillage pour la fabrication des dents sans joints doivent être condamnés s'ils ne peuvent assurer l'ajustage parfait à la racine, le contact avec dents voisines, le contour ou la reproduction de la forme de la dent remplacée aussi bien que la forme exclusive de son anatomie et une occlusion parfaite. Il ne s'agit pas de remplacer par une coiffe quelconque ; mais bien de restaurer la dent perdue.

Un système de coiffe sans joints nous a été présenté au Congrès de Bordeaux par le Dr Muller. Une petite bande étroite est ajustée à la racine avec deux points d'arrêt passant par-dessus celle-ci. Une maquette en cire de la dent est ajoutée, l'articulation prise et la ma-

quette et sa bande sont reproduites en métal à basse fusion dans la partie inférieure d'un moufle spécial.

Une série de capsules en or toutes préparées donne un choix approximatif de la taille demandée. Une capsule est placée alors pardessus le modèle et estampée à la presse, la contre-partie consistant en un bloc de caoutchouc mou tenu dans la partie supérieure du moufle ; la petite bande ajustée est ensuite soudée à l'intérieur de la couronne ainsi formée.

Le bord de cette couronne peut être diminué d'épaisseur pour éviter de laisser un rebord entre la gencive et la dent.

Un système, nouveau dans bien des détails, est le système Sharp consistant dans une presse pour la fabrication des capsules et une série de formes de dents de contour en caoutchouc mou avec indication des dimensions de chacune. La presse pour fabriquer les capsules consiste (à sa base) en une plaque circulaire perforée, et (au-dessus) une autre plaque, manœuvrée par la vis de la presse, porte une série de poinçons correspondant aux trous de la plaque inférieure. Un bloc d'acier ajusté au bord de la plaque perforée maintient les bords des disques d'or destinés à être transformés en capsules et, pendant l'action de la presse, leur évite d'être plissés.

La mesure de la dent est prise au fil et le modèle en caoutchouc mou, le plus approchant comme collet et comme hauteur, est choisi.

On place dans une rondelle en acier, qui est remplie ensuite de métal à basse fusion.

Un modèle en creux de la dent en caoutchouc est ainsi obtenu, mais pour faire sortir celui-ci, le modèle est fendu en deux. Entre ces deux parties est placée la capsule destinée à former notre couronne et le tout remis dans l'anneau en acier. Dans l'intérieur de la capsule est placée une composition qu'on chasse avec un pilon contre les parois de la capsule, l'adaptant ainsi à la forme du modèle en creux. Le modèle sorti et ouvert en deux nous laisse la couronne toute formée. L'ajustage à la gencive complète le travail, et le tout peut être fait en 8 à 10 minutes. Ce système, tout en n'apportant pas la précision comme ajustage et articulation de la couronne faite de deux parties, est intéressant par sa nouveauté, sa rapidité et par le contour de la dent fabriquée. Une couronne de contour ne peut être descendue sur la racine en coupant le bord libre, car, à mesure qu'on coupe, le diamètre devient plus grand et l'adaptation à la racine est perdue.

Une méthode comportant l'observation de la forme, des dimensions, de l'articulation et de la mesure exacte du collet a été le but de mes recherches pendant quelque temps ; j'étais parvenu à la trouver, mais quelques jours plus tard un article a paru dans les Items of Interest donnant une description exacte de la méthode comme si je l'avais écrite moi-même. J'étais arrivé trop tard.

La méthode décrite par le Dr Goslee de Chicago répond à ce qu'on demande à une couronne bien adaptée. Une bande provisoire en cuivre de l'épaisseur de l'or employé est ajustée d'abord à la racine. La bande étant en place, l'empreinte au plâtre est prise, la bande replacée dans l'empreinte et le modèle coulé. Une fois les modèles en place sur l'articulateur, un peu de plâtre est placé dans la bande (les modèles ayant été vernis pour empêcher l'adhérence) et on forme avec le plâtre et la bande la maquette de la dent. Le modèle est découpé ensuite autour de la dent, ce qui nous donne notre maquette avec un petit socle en plâtre dessous (dessin au tableau). Le bord de la bande est laissé à nu dans son épaisseur pour marquer la forme et la limite gingivale. Ceci est ensuite placé dans l'anneau en acier comme dans le système Sharp. La surface intérieure de l'anneau porte une encoche et deux rainures superficielles (dessin au tableau). Le modèle est placé au centre et dans chaque rainure est placé un morceau de carton dont le bord libre est découpé approximativement à la forme du modèle, mais sans le toucher toutefois. Du métal à basse fusion est versé dans l'anneau et en est sorti une fois refroidi. Les fentes produites par les deux morceaux de carton dans notre modèle en métal nous permettent de le fendre en deux parties par la simple introduction d'un ciseau dans la fente (dessin au tableau). Notre modèle en est enlevé et les deux parties du moule sont remises en place dans l'anneau, l'emplacement exact étant facilité par l'encoche citée plus haut.

Une capsule un peu inférieure comme diamètre est placée dans le moule et avec une série de boules de gutta, de coton ou d'étain on la repousse à la forme. L'épaisseur du bord libre de notre bande en cuivre ayant été mis à nu, son contour est reproduit dans le moule. En découpant le bord de cette ligne, nous avons le contour gingival exact.

Ainsi qu'on verra, ce système d'estampage en creux est le seul exact comme opposé à tous les systèmes d'estampage en relief ou pardessus le modèle, dans lesquels, il va de soi, nous avons toujours l'épaisseur de l'or *en plus* dans l'articulation et dans le contour.

Le système de couronne de M. Christensen mérite quelque attention, car lui aussi a compris les avantages du modèle *en creux*. Comme vous voyez (figure au tableau), il ajuste d'abord la bande à la dent, un morceau de Stents ramolli est placé dedans et la bouche fermée dessus. Le tout est ensuite façonné à la forme désirée. Dans un anneau spécialement préparé, on verse du plâtre ou autres matières à revêtement et la bande garnie de Stents y est placée, la face en bas. Le plâtre sec, le Stents est enlevé, laissant ainsi la forme de la face de la couronne avec la bande tenue dans le plâtre.

Au fond du creux une feuille d'or à aurifier est placée. Le creux est rempli complètement avec du coton placé dans l'appareil à estamper les couronnes d'Ash et le tout est mis sous presse. Grâce à la mal-

léabilité de l'or, la forme des tubercules est fidèlement reproduite. Des rognures d'or avec du borax sont ensuite placées dedans et fondues, Ceci nous donne une couronne dont la surface est massive et l'articulation exacte. Il faut avoir soin cependant de faire fondre dans l'intérieur de l'or du plus haut titre possible afin qu'à l'usure la couronne ne présente pas de taches oxydées.

M. Pont a la parole pour la démonstration de l'APPAREIL DE M. SUTTER POUR LA FABRICATION RAPIDE DES COURONNES :

Messieurs, je vais vous montrer cet appareil, qui permet de faire très rapidement une couronne de bonne apparence.

Voici à peu près la manière de s'en servir :

On découpe une plaque d'or de 22 carats. On place la rondelle sur le pied de l'appareil et l'on frappe avec un maillet en bois, pour obtenir la première empreinte sur la plaque en or qui prend la forme du dé. Voici ces rondelles.

Lorsqu'on a obtenu cette forme de dé avec le plus gros modèle, on continue la même opération jusqu'à ce qu'on arrive à un dé qui ait le diamètre de la dent qu'on veut placer.

Cette méthode permet de donner des couronnes très rapidement faites, mais qui ne sont pas parfaites au point de vue de l'articulation et surtout au point de vue contour.

Lorsqu'on a obtenu un dé proportionné à la dent, on prend un dernier poinçon et avec ce poinçon on frappe sur une plaque de plomb épaissi pour donner au dé la forme de la dent et il ne reste plus qu'à ajuster et à placer dans la bouche. Toutes les fois qu'on manœuvre l'or, il faut chauffer et laisser refroidir.

M. Sutter a déjà fait une démonstration à l'école et je me contenterai de vous montrer quelques couronnes obtenues par ce procédé-là.

M. Sutter a fait don à l'école de son appareil, et je crois être votre interprète à tous en le remerciant.

Ceci est utile pour quelqu'un de pressé : un client vient vous demander de lui placer une couronne séance tenante, vous pouvez le faire immédiatement sans avoir besoin d'aller en acheter une chez le fournisseur. Je reconnais très bien que c'est imparfait comme articulation et comme contour, mais cela peut rendre de très grands services dans un cas pressant.

M. Harwood. — La couronne toute faite a quelquefois ses avantages; maintenant, pour adapter une couronne toute faite, il y a une autre façon de procéder.

On prend la mesure de la couronne avec un fil de fer, on réduit la couronne et l'on soude. Ce sont là des choses qu'on faisait autrefois, principalement pour les grosses molaires seulement ; pour les autres, il faut y renoncer, on ne met jamais de couronnes sur les petites mo-

laires, car l'or visible est très vilain, surtout dans la bouche d'une dame.

M. Ravet. — Je donne la parole à M. Vichot, pour une communication sur UN CAS DE RÉSORPTION DE RACINE.

M. *Vichot.* — Je n'ai pas, messieurs, l'intention de faire une communication bien importante, mais simplement une petite relation sur ce que j'ai observé. J'ai eu l'occasion de revoir ces jours-ci une cliente dans la bouche de laquelle je fis une réimplantation, il y a trois ans.

Je réimplantai cette dent, selon la méthode du Dr Amoëdo : je fis des ligatures et la laissai en place. Au bout de trois semaines, un mois, cette dent était suffisamment consolidée et rendait un son très clair à la percussion ; j'enlevai donc les ligatures et elle resta en place.

Je dois vous dire que le sujet était une dame âgée de 30 ans environ, en parfaite santé; le milieu me paraissait tout indiqué pour faire cette réimplantation. Depuis je ne revis cette personne que pour des examens annuels de la bouche et chaque fois la dent était en bon état.

Quand je revis cette malade, il y a huit jours, cette dent était très chancelante. Voici ce que j'ai trouvé : une dent avec une racine entièrement résorbée et l'alvéole complètement fermé. J'en ai revu d'autres faites à la même époque et n'ayant pas bougé quoique réimplantées de la même façon, mais sur des sujets plus jeunes.

M. Pont. — Vous trouverez dans les « Archives de stomatologie » un article de M. Rodier, qui donne la statistique de tous les cas de greffe dentaire qu'il a faits depuis dix-huit ans.

En règle générale la durée moyenne d'une dent replantée est de trois à cinq ans et toujours la dent finit par s'éliminer par résorption de la racine.

Lorsqu'on fait une réimplantation immédiate et qu'on laisse le périoste de la racine, on permet à la dent de conserver un semblant de vitalité et dans ces cas-là la résorption de la racine semble se faire plus lentement et plus difficilement.

M. Harwood. — Même chose est arrivée à une dent réimplantée. Une dent est restée six ans et est tombée absolument sans vestige de la racine.

M. Vichot. — Je ne sais pas si dans ce cas-là il n'y aurait pas lieu de voir un peu l'âge du patient. Je dis ceci, parce qu'à la même époque j'ai fait d'autres réimplantations sur des sujets très jeunes, entre 15 et 20 ans; j'ai employé ce même procédé, ces dents n'ont pas bougé et sont très solides. Ce sont en général des prémolaires inférieures et des incisives latérales supérieures. Ces dents-là réimplantées à la même époque furent prises sur des sujets jeunes, transplantées sur des sujets de 15 à 20 ans et ont résisté jusqu'à présent, elles sont toujours très solides et rendent un son très clair à la percussion.

M. Harwood. — Cela arrive dans les cas accidentels, par exemple lorsque les anciens praticiens se trompaient et arrachaient une dent saine, ils la remettaient immédiatement en place et elle prenait très bien.

M. Ravet. — J'ai eu moi-même, à peu près à l'âge de 10 ans, non pas une réimplantation, mais deux incisives centrales fortement ébranlées et très chancelantes à la suite d'un accident. Sans soin aucun, elles se sont reconsolidées et elles fonctionnent encore très bien. Il y a de cela vingt-cinq ans environ et à ce moment-là on aurait pu les extraire avec le doigt.

M. Pont. — Il faut distinguer quatre sortes d'opérations :

1° La réimplantation immédiate ;
2° La transplantation immédiate ;
3° La transplantation tardive ;
4° L'implantation.

La réimplantation immédiate donne toujours d'excellents résultats même sans aucun moyen antiseptique ; la transplantation demande déjà plus de soins et l'antisepsie est indispensable. Quant à l'implantation, je crois qu'au point de vue pratique il faut l'abandonner, c'est une opération plutôt théorique, qui donne des résultats douteux, et même lorsque les résultats sont excellents, ils ne sont pas en rapport avec les difficultés de l'opération, les douleurs provoquées et les désagréments occasionnés.

Personnellement j'ai essayé de faire quelques implantations et à l'heure actuelle j'y ai renoncé tout à fait et je me suis juré de ne plus en faire. La dernière m'a donné beaucoup de peine et, au bout de cinq ou six mois, la malade est revenue. C'est tout à fait inutile au point de vue pratique et il est très ennuyeux de voir la dent tomber, après avoir fait souffrir longtemps une patiente. Mais, les deux premières, la réimplantation immédiate et la transplantation immédiate sont satisfaisantes et je suis tout à fait partisan de ces opérations.

Je peux vous citer le cas d'une jeune fille, à laquelle j'ai fait une greffe par transplantation d'une incisive supérieure latérale gauche, qui fonctionne encore très bien.

M. Ravet présente une prémolaire à trois racines.

PRÉSENTATION.

M. Pont. — Je vous présente une dent de sagesse supérieure, vous voyez que cette dent n'est guère plus grosse qu'un petit pois. J'ai eu l'occasion de constater un cas semblable chez un patient qui était porteur de deux dents de sagesse supérieures atteintes de nanisme et qui étaient en outre situées en dehors de l'arcade entre la première et la deuxième molaire.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas qui m'a paru assez intéressant et en même temps assez rare pour être communiqué. Je vais vous dire en quelques mots l'observation que j'ai faite.

Le patient était un homme de 35 ans qui n'avait rien de spécial dans ses antécédents et qui vint me consulter pour des douleurs qu'il ressentait au niveau de la deuxième prémolaire droite. Il me demandait d'extraire cette dent qui devait avoir une carie ; je l'examinai avec soin par toutes les méthodes possibles et aucun moyen ne

me permit de découvrir la moindre trace de carie. Je lui fis remarquer que cette dent ne présentait rien d'anormal et que je n'avais rien à y faire. Je lui ordonnai cependant un traitement quelconque lui recommandant de revenir quelque temps après, s'il souffrait encore.

Il revint en effet, me disant que le traitement l'avait soulagé quelques jours, mais que les douleurs étaient revenues, plus intenses, et il me demanda encore d'extraire cette dent.

Je l'examinai de nouveau, et cette fois, elle me présenta le caractère suivant : elle était absolument indemne de carie, même en examinant à la loupe, mais, à l'éclairage, je constatai qu'elle avait une couleur rouge vineux, tranchant nettement sur la couleur des dents voisines.

Trouvant cette couleur anormale, je me décidai à une trépanation de la dent, mais je n'eus pas plutôt mis la fraise sur l'émail que je constatai que la dent était dépourvue de toute dentine, que la pulpe était hypertrophiée à tel point qu'elle occupait tout l'intérieur de la couronne. La pulpe paraissait donc avoir produit la résorption de la dentine.

On observe souvent des cas d'hypertrophie pulpaire dans la pulpite chronique consécutive à la carie du troisième degré, mais ici il n'y avait pas de carie, il fallait donc admettre que la pulpe s'était hypertrophiée sans cause d'irritation externe et le diagnostic de tumeur primitive de la pulpe s'imposait. L'examen microscopique n'a pas encore été faite, je me propose de vous en faire connaître le résultat ultérieurement.

J'ai fait le traitement suivant : mon instrument ayant pénétré assez profondément, je fis l'extraction immédiate au moyen de la cocaïne. J'ai débarrassé la dent de sa pulpe et fait les pansements classiques en pareil cas, puis j'ai obturé la dent. Je n'ai pas voulu mettre une dent à pivot, parce que je ne sais pas si la tumeur de la pulpe ne va pas récidiver et je ne voudrais pas que le malade incriminât le pivot de ma dent. Je l'ai mis en observation et j'attends le résultat. Si la tumeur n'a pas récidivé dans un an, je pourrai lui mettre une couronne, dans le cas contraire, je lui conseillerai de faire enlever la dent, mais je ne crois pas que cela soit nécessaire. Personnellement, c'est le premier cas que j'ai observé et je n'ai pas eu le temps nécessaire pour rechercher si des cas semblables avaient été publiés.

M. Ravet. — Je remercie les auteurs des intéressantes communications de ce soir et j'espère que la prochaine séance sera aussi importante.

La séance est levée à 11 h. 15.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



VARIA

Notre excellent ami et confrère Queudot inspiré, par les magnifiques paysages de la Norvège, a fait vibrer sa lyre, et le poète a laissé déborder dans les vers ci-dessous, l'enthousiasme dont l'avait pénétré les réunions de la F. D. I. et les réceptions si fraternelles de Stockholm et de Christiania. Puisse cette Norvégienne devenir l'hymne populaire de nos futures assemblées professionnelles. *P. M.*

LA NORVÉGIENNE
Hymne à l'F. D. I.
(Air de la *Marseillaise.*)

Enfants de la même carrière,
Le jour promis est arrivé :
Voici par-dessus la frontière
L'étendard fédéral levé ! *(bis)*
Après Paris, après Cambridge
Stockholm, où furent accueillis
Nos frères de tous les pays,
Dont l'union accomplit ce prodige !

Salut à l'F. D. I, son but est noble et beau
Plus haut ! Plus haut !
C'est l'Idéal, qui guide son drapeau !

A l'F. D. I. qui vient de naître,
Donnons nos aïeux pour parrains :
A la mémoire du grand maître,
A Fauchard nos premiers refrains ! *(bis)*
Qu'il s'éveille au son de cet hymne,
Heureux de voir ses descendants,
Au travail toujours plus ardents,
Fraterniser pour tendre au but ultime !

A ce génie humanitaire !
A cette gloire : Horace Wels !
En est-il qui rendit sur terre
Rendit services plus réels ? *(bis)*
Il a, créant l'anesthésie,
Tari, la source des douleurs,
Mis le rire où coulaient les pleurs,
Doté par là notre art de poésie !

Exemple sacré de nos Pères.
Seconde nos jeunes efforts,
Rends nos réunions prospères,
Et nos liens encor plus forts ! *(bis)*
N'ont-ils pas marqué leur époque
De l'empreinte de leurs travaux,
Si féconds qu'ils semblent nouveaux,
Dignes qu'en tout notre âge les évoque !

La science à l'art s'est unie
Pour le bien des peuples divers,
Rallions-nous à leur génie
Par-dessus les monts et les mers ! *(bis)*
Ecoutons leur voix qui nous crie :
« Vous qui cherchez la vérité,
« Dans son domaine illimité
« Vous n'avez tous qu'une même patrie ! »

Salut à l'F. D. I, son but est noble et beau
Plus haut ! Plus haut !
C'est l'Idéal, qui guide son drapeau !

Dr QUEUDOT.

Daleu, 30 août 1902.

LA DENT D'ARGENT.

Le hasard, ce grand maître, nous a fait connaître, par la lecture du *Livre des singularités*, publiée en 1841 à Dijon par M. *Gabriel Peignot*, dans le pseudonyme de *G. P. Philomneste* (p. 190), une curieuse tradition belge, dont il serait dommage de priver nos lecteurs.

Le bibliophile *G. P. Philomneste* la rapporte sous ce titre : la *dent d'argent*.

« La Belgique se distingue quelquefois (dit-il) par des institutions plus ou moins remarquables, en voici une qui peut figurer parmi les plus singulières.

» C'est la fondation d'un prix accordé à celui qui mangera le plus dans une fête annuelle vouée au culte de la grande chère, — nous ne disons pas de la bonne ; — car l'appétit et la capacité de l'estomac donnent les premiers droits au prix, qui est une *dent d'argent*. »

Voici ce qu'ont annoncé les journaux d'octobre 1837 :

« Plusieurs sociétés de Bruxelles, les unes en voiture avec dra-
» peaux et en costume, les autres à pied, sont allées, le lundi 2 octo-
» bre, à Zellich, sur la route de Gand, pour y faire des dîners, sui-
» vant l'usage à pareil jour, tous les ans.

» *Une dent d'argent* a été décernée *au plus fort mangeur* :

» Voilà qui est caractéristique! »

« C'est dommage qu'on ne nous ait pas détaillé les prouesses de l'heureux *polyphage* qui a remporté le prix. »

Le polyphage, assurément, — que ce silence a préservé des commérages, — n'a pas dû s'en plaindre.

Le bonhomme *La Fontaine* n'a-t-il pas dit (et le rappeler est de circonstance dans une *Revue d'odontologie* !) :

Le moins qu'on peut laisser de prise aux dents d'autrui,
C'est le mieux.

F. W.

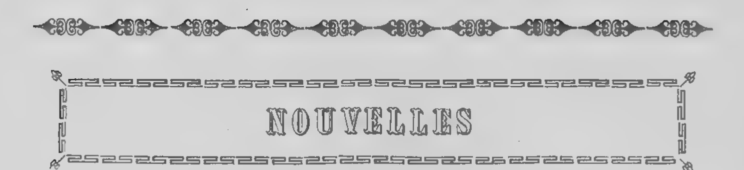
Nous prions *instamment* ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *L'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires. Les nos suivants sont particulièrement réclamés.

1881. **JUIN, JUILLET.**
1882. **JUILLET.**
1883. **NOVEMBRE.**
1886. **JANVIER.**
1889. **FÉVRIER**, Avril, *Septembre*.
1890. **JANVIER**, *Octobre*.
1891. **JANVIER, FÉVRIER**, *Avril, Mai*.
1892. **JANVIER**, Février, Mai, *Août, Septembre*, Décembre.
1893. **JANVIER, FÉVRIER, AVRIL.**
1894. **JANVIER**, Février, **MARS, MAI**, *Octobre, Décembre*.
1895. Juillet.
1896. **AVRIL.**
1897. **JANVIER, 15 JUILLET**, 30 Juillet
1898. **15 JANVIER**, *30 Janvier*, **15 FÉVRIER, 28 FÉVRIER, 15 MARS, 30 JUIN, 30 AOUT**, *15 Octobre, 30 Octobre*.
1899. *15 Février*, 30 Mai.
1900. 15 Janvier, **30 JANVIER**, 28 Février, *15 Septembre*.
1901. 15 Janvier, *30 Janvier*, **28 FÉVRIER**, 15 Mars, **30 MARS.**

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à *l'Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot..............
} **45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**



Examens du Certificat d'études secondaires.

Les examens du certificat d'Etudes secondaires, exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste, auront lieu à Paris les *mercredi* 22 *et jeudi* 23 *octobre prochain* (deuxième session de 1902.)

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de l'Académie à la Sorbonne, 5me bureau, du 15 *septembre au* 18 *octobre inclus*. Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0,60, portant l'indication de la langue dans laquelle le candidat désire subir l'épreuve *de la version*, ainsi que l'*autorisation du père* ou du tuteur, s'il est mineur. (Les signatures devront être légalisées).

2° L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80, légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) sera remis au candidat ; la quittance délivrée par le receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

Société coopérative des dentistes de France.

Tous les membres de la Société coopérative des dentistes de France ont dû recevoir leurs actions timbrées et signées, ainsi qu'un exemplaire des statuts et la circulaire les informant du fonctionnement des divers services. Les sociétaires qui, par erreur, n'auraient pas reçu ces documents sont priés d'en informer le plus tôt possible le président de la Société, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?*

A. A.

? N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS?

Dr H.

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

? N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? N° 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

? N° 205. — *Combien y a-t-il de dentistes établis: 1° dans toute la France, 2° à Paris seulement?*

? N° 207. — *A qui doit-on s'adresser pour avoir des renseignements sur les dispenses nécessaires pour passer les examens de chirurgien-dentiste à la Faculté?*

☞ *Réponse.* — Le secrétariat de la Faculté de médecine donne les renseignements qui lui sont demandés. Quant aux dispenses, elles ne peuvent être accordées que par le ministre de l'Instruction publique.

? N° 208. — A. *A combien pour o/o le formol doit-il s'employer pour ne pas être corrosif tout en restant antiseptique? et avec quoi? (alcool, eau bouillie).* B. *L'eau oxygénée est-elle corrosive par les gencives?* A. M.

? N° 209. — *Un mécanicien dentiste, n'étant ni patenté, ni diplômé F. M. de Paris a-t-il le droit de tenir un cabinet dentaire, malgré que le titulaire du sus-dit cabinet est un docteur en médecine, qui n'assiste jamais aux opérations dentaires, n'étant qu'un prête-nom.* X. Z.

? N° 210. — *Un dentiste patenté a t-il le droit de mettre dans son salon, à la vue et à la portée des clients, une pile de prospectus avec le titre de chirurgien-dentiste, bien que n'ayant aucun droit à ce titre? Un chirurgien-dentiste serait-il en droit d'exercer des poursuites contre lui, pour usurpation de titre.*

Y. X.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication :

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

22e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1902 VOL. XXVIII



L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

EN BELGIQUE

Jusqu'au commencement de cette année, l'art dentaire en Belgique était régi par la loi de 1818. Il fallait pour exercer l'art dentaire : 1° avoir fait un stage de deux ans chez un dentiste diplômé; 2° subir un examen écrit de deux heures sur une question d'anatomie, de physiologie et de pathologie et une épreuve orale de quarante-cinq minutes comportant un examen pratique sur le cadavre ou des personnes atteintes d'affections dentaires.

Depuis longtemps il était question de modifier cette loi dont les prescriptions étaient évidemment loin de répondre aux conditions actuelles de l'exercice de l'art dentaire. Différents projets avaient été mis à l'étude par les pouvoirs publics, et une loi sur l'art de guérir fut même élaborée; mais, comme cela a malheureusement lieu le plus souvent, au lieu de consulter sur ce sujet les gens compétents, qui sont incontestablement les professionnels, c'est des non professionnels, des médecins, qu'on a pris l'avis et il en est résulté un projet supprimant complètement les dentistes et réser-

vant l'exercice de l'art dentaire uniquement aux médecins.

*De timides protestations s'étaient bien élevées contre les projets antérieurs, conçus à peu près dans le même esprit ; mais, malheureusement, l'absence de groupement professionnel important n'avait pas permis aux dentistes d'exercer une action notable. Il n'en fut pas de même contre le dernier projet de loi, qui fut vivement combattu par l'*Association générale des dentistes de Belgique. *Celle-ci non seulement adressa aux législateurs un très intéressant mémoire contre le projet de loi, mais encore elle sut, grâce particulièrement à nos excellents confrères MM. Baruch, Bôn, Fauconnier et Quarterman, intéresser à sa cause la presse politique de tous les partis. Elle mena dans les divers journaux belges une campagne extrêmement active de nature à éclairer le pays sur les véritables motifs de cette suppression des dentistes, toujours motivée, en apparence, par le souci de protéger la santé publique, mais en réalité par le souci de donner un privilège de plus aux médecins pour améliorer une situation, qui, paraît-il, est assez précaire par suite de l'encombrement de la carrière médicale.*

Le projet laissait du reste percer ces préoccupations mesquines dans l'exposé des motifs où cette phrase significative échappait au rapporteur : « Lorsque le niveau moral et scientifique de la profession de dentiste sera relevé, les élèves médecins se tourneront avec plus de confiance vers cette spécialité SI IMPORTANTE ET SI LUCRATIVE. »

Grâce à ce mouvement d'opposition, le projet de loi n'a pu être voté jusqu'ici, mais la difficulté a été tournée en partie par les adversaires des dentistes qui ont réussi à faire prendre un arrêté aux termes duquel le stage de deux ans chez un dentiste diplômé est remplacé par l'obligation pour les candidats d'être munis du diplôme de candidat en médecine.

Pour avoir le diplôme de candidat en médecine il faut donc maintenant : 1° posséder un certificat d'études humanitaires complètes, 2° être candidat en sciences naturelles et avoir passé l'examen de candidature en médecine.

En sorte que, pour se présenter aux examens de dentiste, il n'est pas nécessaire d'avoir fait aucune étude technique, il faut avoir fait quatre années d'études non professionnelles *à l'Université. L'examen reste sensiblement ce qu'il était antérieurement à l'arrêté de 1899, c'est-à-dire comprend: 1° une épreuve théorique de quarante-cinq minutes sur la pathologie, l'hygiène et la matière médicale; 2° une épreuve pratique de deux heures comportant deux extractions dentaires sur le cadavre, deux examens cliniques sur des personnes atteintes d'affections dentaires et un travail de prothèse.*

On voit bien dans cette réforme ce que les nouveaux dentistes gagneront au point de vue des connaissances générales, mais on cherche en vain ce qu'ils gagneront au point de vue des connaissances techniques professionnelles. Aucun enseignement dentaire en effet n'existe en Belgique et l'on a vu que l'obligation du stage de deux ans chez un dentiste se trouve supprimée par le nouvel arrêté.

Mais toutes ces mesures, nous l'avons dit, ont uniquement pour but d'arriver à la suppression totale des dentistes au profit des docteurs en médecine; du reste, déjà maintenant, les études étant à peu près les mêmes que pour le doctorat en médecine, il est fort probable que la plupart des dentistes seront munis de ce dernier diplôme.

Ce n'est pas aux lecteurs de ce journal qu'il est nécessaire d'exposer tous les inconvénients d'un semblable état de choses, qui ont été montrés déjà maintes fois ici.

Des mesures semblables ont fatalement pour résultat la diminution de la valeur professionnelle et

du nombre des dentistes, ce qui va directement contre le but de protection de la santé publique, soi-disant poursuivi par les auteurs de ces mesures; sans compter qu'elles entraîneront d'autres conséquences faciles à prévoir, comme de priver de soins dentaires les classes les moins aisées de la population par suite de la raréfaction du nombre des praticiens. Mais, nous l'avons dit, les médecins qui cherchent à se réserver le monopole de l'art dentaire se soucient fort peu des intérêts de la santé publique et de la science dentaire, et nous craignons bien que, pour le plus grand nombre de ceux qui s'attachent à réclamer ce monopole, (et il n'y a pas qu'en Belgique que cela se passe,) il n'y ait au fond qu'une vulgaire question de gros sous. Les faits signalés et si vigoureusement réfutés par notre excellent confrère M. Quarterman dans l'article que l'on trouvera plus loin, ne sont pas pour nous détromper et il est bon que les dentistes de tous les pays connaissent ces faits et l'état d'esprit qui règne dans certains milieux médicaux pour ne pas s'endormir dans la lutte toujours active entre l'esprit odontologique et l'esprit stomatologique où se trouvent en jeu derrière des intérêts particuliers, mesquins, les intérêts beaucoup plus graves de la science dentaire et de l'hygiène publique bien comprise.

Dr MAURICE ROY.

DENTISTES ET MÉDECINS

Sous le titre « Vulgarisation de l'art dentaire » *Le Patriote* a reproduit récemment un article d'un journal médical commentant les conférences faites à Liège, à Gand, à Huy et à Modane par le docteur Voituron, inspecteur d'hygiène au ministère de l'agriculture [1], ne pratiquant point l'art dentaire.

Il paraît que, dans ces conférences, M. le Dr Voituron a voulu prou-

1. Les dentistes et les médecins en Belgique dépendent du ministère de l'agriculture.

ver aux médecins et particulièrement aux médecins de campagne qu' « *ils négligent volontairement une précieuse ressource en aban-* » *donnant aux seuls dentistes la pratique d'une branche de l'art de* » *guérir aussi rémunératrice que l'odontologie* ». Et le journal ajoute que M. Voituron a pleinement atteint son but en démontrant l' « *excessive simplicité* » de manœuvres dont on peut acquérir non seulement les notions, mais encore la « *parfaite technique en un temps très court* ».

Nous cherchons vainement ici des arguments nouveaux en faveur de la soi-disant vulgarisation de l'art dentaire. M. Voituron et son commentateur se contentent de répéter aux médecins le refrain bien connu : « Faites de la dentisterie, messieurs, car c'est là une source de gros revenus ; faites de la dentisterie et ne permettez plus aux simples dentistes d'exploiter ce champ fertile. » En d'autres termes, cela veut dire tout simplement : « Ote-toi de là que je m'y mette ! »

« Pourquoi, dit l'organe de M. Voituron, les médecins abandon- » nent-ils ainsi à des praticiens souvent ignares une branche qu'ils » ont laissé tomber à un niveau trop inférieur ? Parce qu'ils ont la » conviction intime que la pratique et l'étude de la dentisterie exi- » gent de longues études supplémentaires. *Il n'en est rien.* Ce que » M. Voituron a pu apprendre et répéter devant son auditoire de mé- » decins, *tout praticien peut l'apprendre et le répéter dans sa clientèle* » *avec quelques heures d'application sérieuse.* »

Ces affirmations suffiront-elles pour ébranler la « *conviction intime* » de la grande majorité des médecins ? Nous ne le pensons pas.

Il est incontestable que l'art dentaire exige de longues études spéciales et surtout une longue pratique. Les praticiens les plus compétents en la matière affirment qu'il faut au moins quatre ans pour former un bon dentiste et encore, au bout de ce temps, n'aura-t-il pas l'assurance, la dextérité et l'expérience qu'une longue pratique peut seule faire acquérir.

Or, ils seront toujours rares les docteurs en médecine qui, leurs études achevées, voudront recommencer un long travail pour être à même d'être bons dentistes.

Qu'il nous soit permis aussi de relever cette affirmation que les dentistes auraient laissé tomber l'art dentaire à un niveau trop inférieur. Mais qui donc a fait faire à l'art dentaire les merveilleux progrès universellement admirés ? Sont-ce des médecins ? Non messieurs, ce sont, pour les neuf dixièmes, ceux que vous appelez de simples *ignares*, ces dentistes, ne vous en déplaise, que vous voudriez actuellement mettre à l'écart, mais qui en revanche jouissent de la confiance publique.

Nous savons fort bien que M. le Dr Voituron n'est pas unique à désirer pour le docteur en médecine seul le droit de soigner les dents et à vouloir jeter par-dessus bord les praticiens dentistes. Le clan

qui préconise cette « *réforme* » est très remuant et tapageur, mais ses efforts resteront stériles : d'abord parce qu'il se laisse guider par des sentiments de pur égoïsme, et ensuite parce que sa soi-disant réforme est absolument contraire aux intérêts publics. Il importe peu au public que le dentiste qui le soigne soit ou non porteur d'un diplôme de docteur ; ce qu'il apprécie avant tout, ce sont les bons soins qu'on lui donne. Et puis n'oubliez pas que ces *ignares* sont gens à se défendre, vous en avez eu la preuve, voyez les journaux politiques de notre pays.

Laissons donc à chacun sa tâche. « Qui trop embrasse, mal étreint » dit le proverbe. Il y aura toujours fort peu de médecins disposés à prolonger considérablement leurs études pour acquérir les connaissances nécessaires, afin de pouvoir pratiquer la dentisterie ou à s'y consacrer sans y être aptes, dans l'unique but de faire de l'argent; le public, pensons-nous, en aura vite assez.

A propos de cette question, M. le Dr Siffre, professeur à l'école odontotechnique de Paris, disait dernièrement dans un rapport publié par *L'Odontologie* :

« Tout l'effort doit être fait pour que le chirurgien-dentiste ne disparaisse pas, pour qu'il reste, odontologiquement parlant, l'égal du docteur en médecine, et même qu'il soit supérieur à ce dernier ; or il le peut..... » Le Dr Siffre explique, en effet, qu'après ses études médicales, c'est-à-dire à l'âge de 25 ans, le docteur en médecine devra seulement commencer ses études dentaires, alors que le chirurgien-dentiste, qui n'ayant dû apprendre que la partie médicale réellement utilisable, aura déjà pu consacrer au perfectionnement de sa profession bon nombre d'années.

A une assemblée générale de la F. D. I., tenue à Cambridge, Sir Michaël Foster partage également notre manière de voir. « Le dentiste, dit-il, doit posséder comme le chirurgien, une certaine habileté manuelle ; mais, en outre, il lui faut acquérir une certaine dextérité dont le chirurgien n'a jamais besoin, et posséder une connaissance spéciale de la métallurgie, de la chimie, de la physique et des parties de la mécanique que ni le médecin ni le chirurgien n'ont nul besoin de connaître..... Il n'a pas besoin d'approfondir l'étude de l'anatomie topographique du corps, et il peut remplacer cela par la connaissance de l'anatomie et de la physiologie des dents, plus complètement et plus spécialement que cela n'est nécessaire pour le médecin. »

Nous pourrions multiplier les citations et faire connaître l'opinion de nombreux praticiens compétents qui sont loin, très loin de traiter l'art dentaire aussi légèrement que le font M. le Dr Voituron et son organe médical.

Mais nous en avons dit assez pour démontrer que M. le Dr Voi-

turon se trompe. La dentisterie ne s'apprend ni en « *quelques heures d'applications sérieuses* », ni en quelques jours, ni même en quelques mois. Et, lorsqu'il conseille aux médecins de faire de la dentisterie, afin d'augmenter leur clientèle, il devrait, pour être sérieux, leur conseiller en même temps d'aller passer *quelques années* dans une école dentaire comme certains l'ont fait ; il prépare, à ceux qui seraient susceptibles de suivre ses conseils, de bien cruelles désillusions.

Il ne suffit pas de dire à quelqu'un : « Ote-toi de là, que je m'y mette », il faut encore être en état de pouvoir se maintenir là où l'on veut se mettre.

On viendra nous dire, j'en suis certain, que nous défendons l'assiette au beurre et que nous avons peur de concurrents. Mais nous nous plaçons d'avance au-dessus d'insinuations semblables et nous redisons ici ce que nous avons dit tant de fois : c'est que, désireux de voir avant tout progresser notre art, nous sommes prêt à aider, de notre activité et de toutes nos forces, à la fondation d'un hôpital dentaire où chacun pourrait aller puiser les connaissances nécessaires pour devenir un bon praticien.

En attendant, il est fort probable que, malgré ses affirmations, M. le Dr Voituron se contentera, lui personnellement, de rester un budgétivore et que la plupart des médecins continueront à avoir la conviction intime que la pratique et l'étude de la dentisterie exigent réellement des études supplémentaires, longues et minutieuses. Ils ont, ma foi ! raison.

E. Quaterman.
Membre de l'Association générale
des dentistes de Belgique.

Travaux Originaux

SUR UNE SIMPLIFICATION APPORTÉE AU MODE DE FIXATION DES APPAREILS DE PROTHÈSE IMMÉDIATE DANS LES RÉSECTIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le Dr Claude MARTIN, de Lyon.

Communication au Congrès de Munich le 4 août 1902.

Messieurs, il y a maintenant vingt-quatre ans environ que j'ai proposé la méthode de prothèse immédiate dans la résection des maxillaires, et si je viens vous entretenir aujourd'hui de ce sujet, ce n'est pas dans l'intention de vous en exposer les principes fondamentaux ni de répondre aux critiques qui en ont été faites : je veux seulement vous indiquer une simplification importante que j'ai apportée au mode de fixation de mon appareil dans un des cas les plus complexes ; vous pourrez juger par là de tout le bénéfice qu'on en peut tirer et des applications qu'on en peut faire en la généralisant à toutes les prothèses de ce genre.

En ce qui concerne le fond même de ma pratique, depuis 1877, il est resté le même dans les 130 à 150 cas où j'ai eu l'occasion d'appliquer des appareils de prothèse immédiate.

De nombreuses publications ont paru sur ce sujet tant à l'étranger qu'en France, je dois même reconnaître que c'est en Allemagne qu'on s'est le plus occupé de cette question ; tout récemment encore, en juin 1901, notre honoré confrère le Dr Fritzsche, de Leipzig, y consacrait une savante étude.

D'autres esprits éclairés comme Bœnnecken, Röse, Stoppany, n'ont pas complètement adopté ma méthode ou l'ont plus ou moins profondément modifiée. Je reste cependant persuadé que cela tient uniquement à ce qu'ils se sont exagéré les difficultés qui surgissent à chaque instant dans l'application de ces appareils.

C'est l'extrême variété des cas en présence desquels je me suis trouvé pendant ma longue pratique qui m'a donné la certitude que ma méthode pouvait se plier à toutes les exigences.

Et c'est pourquoi, tout en rendant hommage à l'esprit critique et à l'ingéniosité de mes contradicteurs, je n'ai rien changé d'essentiel à ma pratique qui, à mon avis, est plus simple, bien plus rapide, et offre une sécurité beaucoup plus grande.

Je ne vous citerai pas tous les cas dans lesquels l'application de cette prothèse a été faite ; je vous décrirai seulement celui qui, pour moi, présentait au début le plus de difficultés aussi bien pour la construction de l'appareil que pour son maintien.

Lorsque la résection portait sur le corps du maxillaire tout en comprenant une partie ou la totalité de la branche montante, les moyens de fixation devaient être modifiés et partant plus compliqués.

En effet, l'appareil ne pouvait être fixé à l'os que par une seule de ses extrémités, du côté du fragment restant. Quant à l'autre extrémité, le plus souvent elle était soulevée et venait heurter contre la partie postérieure du maxillaire supérieur du même côté ; elle formait un obstacle à la fermeture de la bouche, ce qui provoquait une grande gêne de la déglutition ; l'alimentation devenait difficile. Il fallait donc, pour empêcher ce mouvement, donner à l'appareil un point d'appui sur le fragment restant ; on y parvenait de la façon suivante : les dents implantées sur ce fragment étaient emboîtées dans une gouttière en tôle d'acier étamée, ou même en caoutchouc durci. On fixait cette gouttière au corps de l'appareil au moyen d'une plaque de métal qui était, par une de ses extrémités, vissée ou soudée à la pièce emboîtante, puis contournait le fragment et venait par son autre extrémité se fixer à l'aide de vis au corps du maxillaire artificiel. Pour donner plus de fixité j'ai même dû souvent avoir recours à un ressort relié à une pièce supérieure pour maintenir abaissé le maxillaire artificiel. Cette dispo-

sition supplémentaire ne devait dans aucun cas remplacer les plaques externes qui, fixées par des vis, réunissaient le fragment restant au maxillaire artificiel, car ce sont ces plaques qui assuraient le maintien de l'appareil.

Comme on le voit par cette description, pour obtenir une bonne fixation dans des cas de ce genre, il fallait avoir recours à des appareils assez compliqués ; on comprend donc facilement qu'il y ait eu parfois quelques insuccès, surtout pour les débutants. Aussi ai-je éprouvé une grande satisfaction lorsque je suis arrivé à modifier, à simplifier l'application de ces appareils. Aujourd'hui la pose en est devenue plus simple encore que pour ceux qui sont fixés entre deux fragments ; deux vis suffisent en effet pour leur donner toute la solidité nécessaire. Voici en quoi consiste cette modification.

A la partie de l'appareil qui doit venir s'apppliquer contre le fragment restant, je fixe d'abord, comme d'habitude, du côté interne, une plaque qui doit venir simplement s'appliquer sur la face interne du fragment osseux ; puis, à la partie externe de l'appareil, je fixe aussi deux lames comme pour tous les appareils de ce genre, lames qui, d'une part, sont vissées à la pièce artificielle et d'autre part au fragment restant ; mais, au lieu de les fixer dans le sens horizontal, il faut les faire croiser en X, c'est-à-dire que la plaque qui est vissée à la partie supérieure de l'os doit être vissée à la partie inférieure de l'appareil, et que la plaque fixée à la partie inférieure de l'os doit venir se fixer à la partie supérieure de l'appareil. Cette simple disposition rend inutile la pièce emboîtante et donne même à l'appareil une solidité beaucoup plus grande, car il ne peut se déplacer dans aucun sens.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que dans tous les cas où les appareils de prothèse immédiate de la mâchoire inférieure ne sont pas placés entre deux fragments osseux, et où ces appareils sont maintenus simplement par un seul fragment, il faudra toujours que ce fragment soit retenu dans sa position normale par des ailettes qui l'empêchent d'être attiré en dedans.

Dans toutes mes publications sur ce sujet, j'ai décrit ces ailettes ; je n'y reviendrai donc que pour rappeler en deux mots que l'une des plaques qui les composent est fixée à une pièce supérieure, l'autre à une petite pièce supportée par le fragment restant ; cette dernière plaque doit passer en dehors de celle qui est fixée à la pièce supérieure, de telle façon que celle-ci forme un obstacle à la déviation du fragment en dedans. Ces lames auront une longueur suffisante pour que, dans les mouvements de mastication, elles glissent l'une sur l'autre sans pouvoir s'échapper.

Ce système d'ailettes trouve encore son emploi comme prothèse anté-opératoire dans les cas de résection du maxillaire inférieur où, pour une raison quelconque, on ne veut pas se servir de la prothèse immédiate. Dans ces cas, en effet, on a intérêt à éviter autant qu'il est possible la déformation résultant de la résection et particulièrement le retrait en dedans du fragment restant qui détruit l'articulation et rend la mastication impossible.

Les appareils à ailettes, mis en place avant l'opération, maintiennent le fragment restant en contact avec le maxillaire supérieur et assurent ainsi l'alimentation du malade. De plus, ils facilitent plus tard la pose des appareils lourds destinés à refouler les tissus de la partie réséquée et à reformer ainsi l'esthétique de la face, tout en rendant à la cavité buccale sa forme et sa capacité, et par conséquent la possibilité d'accomplir toutes ses fonctions.

Il faut noter cependant qu'on ne peut employer cette prothèse anté-opératoire qu'à la condition que le chirurgien soit sûr de pouvoir laisser un fragment de maxillaire suffisant pour lui donner un point d'appui.

Toutefois, il est nécessaire de pouvoir placer cet appareil au moins la veille de l'opération pour que le malade s'y habitue ; on le retirera au moment même de l'opération et on le replacera aussitôt après.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Samedi 9 août.

3e SÉANCE DE SECTION A 2 HEURES

Présidence de M. SAUVEZ, président.

RAPPORTS PATHOLOGIQUES ENTRE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE ET LES DENTS

Par le Dr LÉON FREY,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Il est un chapitre de notre pathologie spéciale auquel nous ne prêtons pas une attention suffisante, à mon avis, et qui cependant mérite à plusieurs points de vue de n'être pas négligé dans nos observations et examens cliniques : je veux parler des rapports qui existent entre l'état pathologique des dents et celui de l'articulation temporo-maxillaire.

Dans cette communication je vais vous soumettre seulement une esquisse, attirer simplement votre attention sur ces rapports et plus tard, par un nouveau classement d'un plus grand nombre d'observations, peut-être pourra-t-on donner à ce chapitre l'importance qu'il semble comporter.

Je considère trois cas, donc trois sous-chapitres.

I. Il y a *arthrite temporo-maxillaire; celle-ci est primitive ;* les manifestations dentaires, quand elles existent, sont pseudo-dentaires.

II. Il y a *arthrite temporo-maxillaire*, mais *secondaire* à un état pathologique des dents ou de leurs articulations.

III. Il n'y a plus arthrite, inflammation plus ou moins douloureuse de l'articulation, il y a viciation dans la fonction, *déformation physiologique secondaire à une articulation dentaire défectueuse.*

*
* *

I. De par l'anatomie des nerfs de la région *(voir figure 1)*, vous pouvez vous expliquer les manifestations douloureuses, les irradiations névralgiques pseudo-dentaires, qui peuvent accompagner l'arthrite primitive de l'articulation temporo-maxillaire. Vous connaissez le nerf maxillaire inférieur, dépendance du trijumeau; au nombre de ses multiples branches, sans parler des rameaux temporaux et massétérins assez éloignés de l'articulation, il en est qui la frôlent, pour ainsi dire, et qui pourront être touchés par l'arthrite : c'est le nerf auriculo-temporal, qui contourne le condyle, non loin de son col, d'avant en arrière et de dedans en dehors; plus loin, en avant et en bas, c'est le nerf dentaire inférieur qui va s'engager dans le canal dentaire.

Eh bien, messieurs, que de fois n'avons-nous pas à invoquer ce voisinage nerveux quand nos malades viennent nous trouver se plaignant de névralgies, qui leur semblent provenir des molaires du bas et qui irradient vers l'oreille et vers la tempe! Nos moyens ordinaires d'investigation sur les dents ne donnent rien : au chaud, au froid, à la palpation, à la percussion, aucune douleur ; mais faites ouvrir largement la bouche de votre malade, appuyez avec la pulpe du pouce sur l'articulation ou les articulations temporo-maxillaires : une douleur, un craquement, une exacerbation névralgique vous auront mis sur la trace de l'organe malade: c'est l'articulation temporo-maxillaire atteinte d'arthrite qui est le point de départ de ces irradiations douloureuses pseudo-dentaires.

Le cas est trop banal pour vous tous, je n'y insiste pas.

Plus rare est l'observation suivante que j'ai fait paraître dans la *Revue de stomatologie* de 1896, t. III, p. 198, et dont le diagnostic ne s'imposait pas dès le début. Permettez-moi de vous la lire :

ARTHRITE AIGUË TEMPORO-MAXILLAIRE AVEC SYMPTOMES DE PSEUDO-ACCIDENT DE DENT DE SAGESSE

En janvier dernier je fus appelé auprès d'un de mes clients que je trouvai dans l'état suivant : visage pâle, traits tirés, impossibilité absolue d'ouvrir la bouche, haleine extrêmement fétide, déglutition des plus pénibles et 39° de température ; gonflement assez léger de la joue à droite avec léger engorgement ganglionnaire de ce côté.

Cet état s'était produit subitement un jour avant ma visite, en débutant par un violent mal de gorge surtout à droite. C'était d'ailleurs à droite qu'il localisait tous ses phénomènes douloureux à la moindre tentative d'ouverture de la bouche, à la moindre pression sur la région massétérine.

Cet état particulier de cachexie buccale, cet engorgement ganglionnaire à droite me firent songer immédiatement à un accident de la dent de sagesse inférieure de ce côté avec angine consécutive ; mais je me rappelai que *l'année précédente j'avais extrait cette dent très cariée.*

Dans l'impossibilité de faire un diagnostic précis, je commençai par ordonner une antisepsie buccale intensive.

Le lendemain, le malade ouvrait légèrement la bouche, assez pour me permettre de constater l'absence de toute carie des molaires à droite, soit en haut, soit en bas ; l'angine diminuait, le gonflement ganglionnaire également.

La température le matin était encore de 38°, mais je pus nettement constater que la localisation douloureuse la plus intense avait lieu au niveau de l'articulation temporo-maxillaire soit quand mon malade essayait d'ouvrir la bouche, soit à la pression avec le doigt. Cette douleur se propageait à tout le masséter et remontait dans la région temporale.

Je savais mon malade sujet à des attaques de rhumatisme articulaire aigu ; le diagnostic devenait facile : il s'agissait d'une crise de ce genre, ayant débuté par une angine, s'étant localisée à une articulation temporo-maxillaire et ayant entraîné des symptômes de pseudo-accident de dent de sagesse.

D'accord avec le médecin traitant, j'ordonnai du salicylate de soude, six grammes par jour. La guérison fut très rapide ; le soir même la température était normale. Et après deux jours de traitement, l'articulation n'était plus douloureuse, les mouvements étaient

seulement entravés par une certaine impotence du muscle masséter.

Conclusion : arthrite temporo-maxillaire aiguë chez un rhumatisant, aucun trouble dentaire, mais symptômes de pseudo-accident de dent de sagesse, empêchant pendant un jour de faire un diagnostic précis.

Incidemment laissez-moi vous signaler en pareil cas les services que pourraient rendre les *injections sous-cutanées de salicylate de soude*, préconisées par le professeur Bouchard dans le traitement du rhumatisme : 1 centimètre cube d'une solution à 5 o/o. Une pareille dose a une sphère d'action de 6 centimètres de diamètre ; donc elle agirait sur l'articulation tout entière et particulièrement vite puisque cette articulation est si superficielle.

*
* *

II. Dans ce deuxième chapitre, il y a encore arthrite temporo-maxillaire, mais secondaire à un trouble dentaire.

Ce trouble peut être de deux ordres :

1° Inflammatoire ;

2° Articulaire.

1° *Inflammatoire.* — A cette catégorie appartiennent tous les cas si connus de carie compliquée ou d'évolution compliquée de dent de sagesse, entraînant de l'ostéite de la branche montante avec arthrite temporo-maxillaire consécutive.

2° *Articulaire.* — Une articulation dentaire défectueuse peut entraîner secondairement de l'arthrite temporo-maxillaire.

Permettez-moi de vous signaler à l'appui l'observation suivante :

Mme V... est âgée de 30 ans ; bonne santé générale ; sujette cependant de loin en loin à des manifestations de rhumatisme tantôt musculaire, tantôt articulaire.

Depuis un an, Mme V... se plaint d'un endolorissement continuel de toute la région périauriculaire à droite et à gauche, mais beaucoup plus particulièrement à droite, surtout après les repas, avec des exacerbations névralgiques, de temps en temps très violentes vers la tempe et la mâchoire.

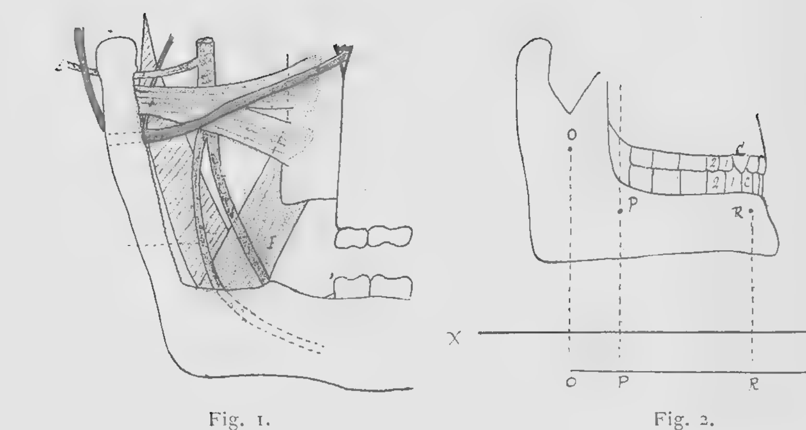


Fig. 1.

Fig. 2.

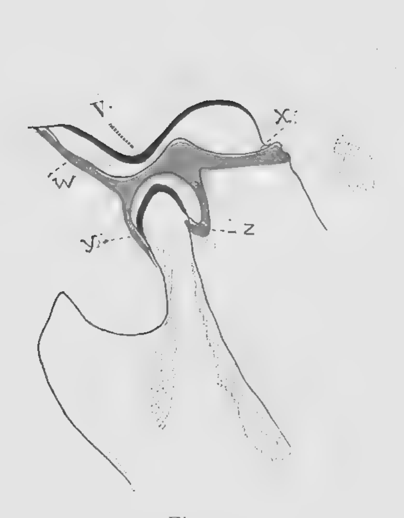




Fig. 3.
Dans l'abaissement de la mâchoire.

V, Ménisque fibro-cartilagineux.
X, Frein ménisco-temporal postérieur tendu.
W, Frein ménisco-temporal antérieur relâché.
Y, Frein ménisco-condylien antérieur tendu.
Z, Frein ménisco-condylien postérieur relâché.

Fig. 4.
Dans l'élévation de la mâchoire.

Frein M. T. P. relâché.
Frein M. T. A. tendu.
Frein M. C. A. relâché.
Frein M. C. P. tendu.

Mme V... a consulté plusieurs confrères spécialistes pour ses oreilles, croyant que les douleurs avaient cette origine. Aucun n'a rien trouvé d'anormal.

Son médecin, le Dr Darras, me l'amène. Cette dame, dont les dents sont fort bien entretenues, porte à la mâchoire supérieure une pièce en or, qui va bien, mais qui ne sert pas à grand'chose dans la mastication, car à droite trois petites molaires, à gauche deux autres petites molaires ne sont que de simples plaques, *sans le moindre talon pour la mastication.*

Inférieurement manquent à droite la dent de six ans, à gauche la deuxième prémolaire et la première grosse. Pas d'appareil.

La dent de douze ans à droite et la troisième grosse molaire présentent, la première surtout, cette inclinaison en avant caractéristique après l'avulsion de la molaire de six ans.

Comment mastique Mme V...? Exclusivement, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte sur ces modèles, puisque l'appareil n'est d'aucune utilité, à droite avec la molaire de douze ans du haut et les deux molaires restantes en bas, à gauche avec la molaire de douze ans en haut et la molaire de douze ans en bas.

Voilà donc une mastication bien limitée comme surface, bien fatigante pour les dents, fatigante aussi pour l'articulation temporo-maxillaire.

Les dents ne sont nullement douloureuses spontanément, ne le sont nullement à la percussion, les gencives sont absolument saines et normales.

Si cette mastication anormale n'a pas encore touché les grosses molaires, je n'en dirai pas autant des articulations temporo-maxillaires, surtout la droite : celle-ci est endolorie, endolorie à la pression du doigt, endolorie quand je fais ouvrir et fermer les mâchoires au maximum.

Pourquoi cet endolorissement ?

La mastication normalement étendue sur toutes les molaires représente un levier qui ne fatigue pas au même degré suivant que ce sont les prémolaires, première, deuxième ou troisième grosses molaires qui mastiquent.

Je m'explique et ici je m'inspire du travail du docteur Mora paru dans *L'Odontologie* de mars 1895, p. 136.

Sur cette figure très simplifiée *(voir la figure 2)*, soit O le point d'appui centre de rotation, point d'intersection des lignes de tirage du masséter et du temporal, qui font un angle aigu, de sorte que le sommet de cet angle est en quelque sorte immobilisé et que le levier coudé formé par le maxillaire inférieur se meut en tournant autour d'un axe idéal passant par ce point, à peu près à la hauteur du trou dentaire.

Soit P le point d'application de la puissance (masséter et muscle temporal); soit R le point d'application de la résistance, constituée par les muscles sus-hyoïdiens, la pesanteur de la mâchoire et les aliments.

Projetons ces points d'application sur une ligne horizontale XY.

La projection OP est le bras de levier de la puissance, la projection OR est celui de la résistance.

« Pour fixer les idées, dit le Dr Mora, admettons OP $= 1^{cm}$ et OR $= 5^{cm}$. Nous aurons :

$$P \times 1 = R \times 5$$

$$R = \frac{P \times 1}{5}$$

$R = \frac{1}{5}$. Donc à l'extrémité du maxillaire inférieur, c'est-à-dire au sommet de l'arcade dentaire, le rendement n'est que le 1/5 de la puissance dépensée ; si l'on rapproche successivement R de P dans la mastication, par exemple à 4, 3, 2, 1^{cm}, le rendement augmentera, deviendra successivement 1/4, 1/3, 1/2, 1. »

Eh bien, Mme V..., *toutes les fois qu'elle mastique*, fait un effort de rendement égal approximativement à 1, quand normalement pour des aliments mous ou demi-durs, son effort, *pour le même résultat*, ne devrait être que de 1/2 ou 1/3.

Donc fatigue, et qu'est-ce qui fatigue ? Ce ne sont pas encore les molaires très solides, indolores, ce ne sont pas les muscles élévateurs qui se sont accommodés à cet effort, c'est l'articulation temporo-maxillaire. Mme V... est sujette aux rhumatismes; voilà une articulation fatiguée, constamment traumatisée qui s'enflamme d'une façon subaiguë et devient douloureuse spontanément, à la pression du doigt et par les mouvements.

Le remède ? Un appareil du haut qui, avec des talons bien faits, surélève très légèrement l'articulation, soulage les molaires et permet à Mme V... de ne faire que l'effort de rendement 1/3 ou 1/2, quand cet effort suffit.

La suite vint heureusement confirmer le diagnostic et le remède.

Trois mois après l'ajustage de sa nouvelle pièce, quand Mme V... se fut bien habituée à son nouveau mode de mastication, ou plutôt eut complètement perdu ses habitudes anciennes de mastication trop fatigante, les douleurs périauriculaires avaient complètement disparu.

J'avais la satisfaction de l'avoir rationnellement soulagée, d'avoir guéri son arthrite temporo-maxillaire, et de l'avoir mise à l'abri des manifestations dentaires qui auraient fini par se produire.

*
* *

III. J'arrive au troisième chapitre de ces rapports patho-

logiques entre les dents et les articulations temporo-maxillaires. Il peut se faire qu'*un vice de l'engrènement dentaire entraîne toute la mâchoire dans sa totalité en avant,* dans un mouvement de *protrusion,* ou *en arrière* dans un mouvement de « *rétrotrusion* », si je puis ainsi parler. Dans le premier cas, il y a déformation de l'articulation temporo-maxillaire par le maintien du condyle en avant et la mâchoire est en état de *prognathisme*; dans le deuxième cette déformation se fait par retenue du condyle trop en arrière et la mâchoire est en état d'*opistognathisme.*

Donc, vous le voyez, notre sujet est ainsi limité : nous allons envisager le prognathisme et l'opistognathisme par vice de l'articulation des dents entre elles; nous laissons de côté *le prognathisme de race, héréditaire ou familial, qui ne nous intéresse pas ici,* les *prognathismes chirurgicaux* encore mal connus et qui peuvent être l'aboutissant de diverses lésions de la face (squelette et parties molles); de même pour *l'opistognathisme familial et chirurgical.*

Commençons par le prognathisme du maxillaire inférieur le mieux connu. Nous ne considérons donc ici que le *prognathisme par vice d'articulation dentaire* et nous ne craignons pas d'affirmer, avec Claude Martin (de Lyon), que c'est le plus fréquent; par conséquent je vous mets en garde (pour que vous ne les rangiez pas dans le prognathisme du maxillaire inférieur) contre ces cas où il y a simplement rétroversion des incisives supérieures ou antéversion des incisives inférieures; peut-être l'articulation temporo-maxillaire pourra-t-elle finir par être touchée, déformée, et alors nous rentrerons dans le chapitre que nous cherchons à établir, mais jusqu'à ce moment-là il y aura simplement anomalie dans la direction des incisives du haut en arrière ou de celles du bas en avant, il y aura un prognathisme d'apparence, *un faux prognathisme,* simplement justiciable du redressement des dents.

Nons disons donc, pour revenir à notre sujet, que le plus

souvent le prognathisme du maxillaire inférieur était dû à un vice de l'engrènement des dents qui entraîne le condyle de l'articulation temporo-maxillaire trop en avant.

Voyons d'abord, AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE, comment le condyle peut ainsi se déplacer. Vous connaissez tous *(voir les figures 3 et 4)* cette articulation temporo-maxillaire avec son condyle surmonté du ménisque fibro-cartilagineux, sa cavité glénoïde, son arrière-fond en arrière, son apophyse transverse en avant; vous connaissez cette articulation si mobile qui permet au condyle, comme un battant de cloche ou mieux comme un heurtoir, d'entraîner la mâchoire inférieure en haut, en bas, légèrement sur les côtés; des freins puissants seuls le retiennent dans sa cavité articulaire et limitent ses mouvements: les uns supérieurs partent du temporal pour s'attacher au ménisque fibro-cartilagineux, les autres inférieurs partent du ménisque pour s'attacher au condyle; les premiers sont les *freins temporo-méniscaux antérieur et postérieur*, les deuxièmes sont les *freins ménisco-maxillaires antérieur et postérieur*. L'extrême abaissement est limité par la tension du ménisco-maxillaire antérieur et du ménisco-temporal postérieur, les deux autres étant relâchés; au contraire, l'extrême enfoncement, qui empêche la pénétration dans le tissu cellulo-graisseux de l'arrière-fond de la cavité glénoïde, est limité par la tension du ménisco-maxillaire postérieur et du ménisco-temporal antérieur, les deux autres étant relâchés.

Dans le prognathisme que nous étudions, quand un vice d'articulation dentaire a entraîné toute la mâchoire inférieure en avant, le ménisque ne rentre plus dans la cavité, il reste fixe sous l'apophyse transverse, n'étant plus tiré en arrière par le frein ménisco-temporal postérieur qui s'est allongé peu à peu; le condyle, lui, continue ses mouvements de heurtoir pour élever et abaisser la mâchoire, mouvements qui se passent *exclusivement* dans la petite articulation ménisco-maxillaire[1].

---

1. Le col du condyle est-il susceptible de flexion ou de déflexion suivant qu'il y a opistognathisme ou prognathisme? C'est là une question qu'avec Mac-

Au contraire dans l'opistognathisme par vice d'articulation dentaire, le frein ménisco-temporal antérieur s'est plus ou moins relâché, le ménisque a des mouvements souvent très étendus dans la glénoïde jusque dans son arrière-fond.

Voyons à présent, AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE, comment de telles malformations peuvent se produire :

Elles se dessinent seulement dans la première dentition ;

Elles s'accusent et s'installent dans la deuxième dentition.

Cl. Martin (de Lyon) dans son lumineux mémoire sur le prognathisme de la mâchoire inférieure a établi que, pendant l'évolution de la première dentition les deux maxillaires se développaient en masse dans la région alvéolaire, mais que, en plus, le maxillaire inférieur, si peu développé à la naissance par rapport au supérieur, présentait un accroissement dans le sens antéro-postérieur. Par conséquent, s'il y a un *retard général de cette première dentition,* le maxillaire inférieur, en raison de cet accroissement antéro-postérieur, au lieu de rester en retrait sur le supérieur, va se trouver au moins au même niveau, d'où tendance au prognathisme ; et l'évolution dentaire va la confirmer de la façon suivante : normalement la première poussée dentaire se fait par les incisives médianes inférieures, qui croissent en dirigeant leur grand axe en haut et en arrière ; la deuxième poussée par les incisives médianes supérieures dont le grand axe se dirige en bas et en avant, de façon à recouvrir les inférieures ; mais si l'évolution dentaire est généralement retardée, le maxillaire inférieur aura eu le temps de s'accroître d'arrière en avant de façon à ne plus laisser ses incisives médianes (quand elles feront leur poussée) s'articuler avec les supérieures et derrière elles ; l'articulation se fera au moins bout à bout, sinon en avant ; le prognathisme va aller se dessinant de plus en plus, puisque les incisives inférieures auront tendance à glisser en avant des supérieures et dans l'articulation temporo-maxillaire le

---

Bride et Angle nous considérons comme n'étant pas résolue. Claude Martin semble croire à la flexion du col dans le traitement du prognathisme chez l'enfant.

condyle commencera déjà à être bridé dans son mouvement de retrait.

Si plus tard, les molaires de lait étant profondément cariées, l'articulation dentaire s'abaisse, le prognathisme se confirmera et le ménisque fibro-cartilagineux restera de plus en plus fixé sous l'apophyse transverse.

Donc, dès la première dentition, par le seul fait de son retard général, il pourra y avoir un prognathisme de la mâchoire inférieure capable de défigurer déjà quelque peu l'articulation temporo-maxillaire.

Mais si le plus souvent cette malformation n'est que dessinée dans la première dentition, *elle s'accuse de plus en plus dans la deuxième;* le développement des cuspides des grosses et petites molaires maintient *un engrènement dentaire anormal,* le frein ménisco-temporal postérieur se détend de plus en plus et l'articulation ménisco-maxillaire va agir sur un plan plus ou moins projeté en avant suivant l'intensité du prognathisme.

Comment traiter ce prognathisme?

Chez l'enfant, pendant la première dentition, je suis d'avis, comme l'articulation temporo-maxillaire n'est pas encore déformée, de surveiller simplement les molaires de lait ; il faut éviter leur carie, leur diminution de hauteur et leur disparition, qui, par abaissement de l'articulation dentaire, augmente la tendance au prognathisme ; donc soins dentaires, capsules métalliques, appareils de prothèse même, s'il y a lieu. Je partage absolument en cela l'opinion du Dr Cl. Martin.

Plus tard, au moment de la poussée des incisives permanentes, il faudra élever l'articulation et agir sur la temporo-maxillaire par la mentonnière avec traction élastique légère, mais continue ; la mentonnière du professeur Angle ou toute autre pourra rendre d'utiles services.

Enfin *plus tard encore, quand les dents permanentes ont toutes fait leur éruption,* l'usage prolongé de la mentonnière, combiné avec un appareil dentaire, sera indispensable.

Cet appareil dentaire, quel qu'il soit, *movible ou inamovible*, devra élever l'articulation, en laissant s'allonger les molaires permanentes ; il abaissera la mâchoire inférieure et contribuera à l'effacement du menton.

Un plan incliné supérieur, tel que le pratique mon chef de laboratoire, M. Philippoteaux, c'est-à-dire assez élevé et s'appuyant par sa base sur toutes les molaires du haut, rendra d'utiles services en maintenant la bouche ouverte, en forçant le patient à mordre plus en arrière, aidé en cela par la mentonnière.

On pourra adjoindre à ces moyens d'action qui opèrent sur l'articulation temporo-maxillaire le traitement classique dont on se sert couramment pour provoquer l'antéversion des dents de la mâchoire supérieure [1].

Opistognathisme. — Tout ce que nous venons de dire sur le prognathisme par vice d'engrènement dentaire, nous facilite singulièrement la tâche en ce qui concerne l'opistognathisme de même nature, c'est-à-dire dégagé de tout opistognathisme familial par hérédité de race, ou chirurgical par lésions de la face (squelette ou parties molles), laissant également de côté le faux opistognathisme par rétroversion des incisives inférieures ou antéversion des incisives supérieures, justiciable simplement du redressement des dents.

Nous savons déjà que dans l'opistognathisme que nous considérons, il y a un relâchement plus ou moins considérable du frein ménisco-temporal antérieur, permettant des mouvements très étendus en arrière dans la cavité glénoïde jusque dans son arrière-fond.

---

1. Pour être complet, il me faut signaler une forme de *prognathisme vrai* qui ne nous intéresse ici qu'indirectement par son mode de traitement chirurgical, car le condyle n'est nullement déplacé dans l'articulation : il s'agit du développement exagéré de la mâchoire inférieure d'arrière en avant, trouble d'évolution de la face. Ici, le traitement nous intéresse au point de vue de l'articulation temporo-maxillaire en ce sens que le chirurgien, par une résection bilatérale en deux temps des condyles, peut reporter la mâchoire en arrière dans sa totalité. Rappelons que dans cette intervention, Ollier (*Traité des résections*, t. III) conseille de combattre les chances d'ankylose par l'interposition d'un lambeau musculaire ou tendineux entre les deux surfaces osseuses de la résection. (*Rev. de stomat.*, tome V, p. 321, et *Presse méd.*, 1898.)

Cet opistognathisme, bien moins fréquent que le prognathisme, est moins connu dans sa pathogénie ; articulation primitivement lâche, *freins articulaires mous,* ne mettant pas l'enfant à l'abri des mauvaises habitudes d'engrènement dentaire trop en arrière, plus ou moins favorisées elles-mêmes *par le suçage du pouce.*

Le traitement consistera à faire avancer toute la mâchoire inférieure de l'espace d'un cuspide au moins.

Je vous signale l'appareil de Rubbrecht (de Bruges), combinaison du plan incliné supérieur pour forcer le patient à porter ses incisives inférieures en avant, derrière les incisives du haut : une bague en maillechort très fin entoure une incisive centrale supérieure ; une bande de maillechort plus fort, pliée en S, vient par une extrémité se souder à la bague, tandis que l'autre prend appui sur la muqueuse du palais ; la partie centrale de l'S forme plan incliné pour les incisives inférieures ; grâce à une élevure métallique, soudée à ce plan incliné, de telle façon qu'il devient impossible de reculer les incisives inférieures derrière elle, le patient se trouve constamment forcé (au risque d'appuyer sur cette élevure, qui par contre-coup appuie sur la muqueuse et provoque de la douleur), de porter ses incisives du bas en avant suivant le plan incliné jusque derrière les incisives supérieures.

Rubbrecht a présenté à la *Société odontologique belge, en janvier 1902,* des cas de guérison obtenus en six mois chez des enfants de 13 à 14 ans.

Je vous signale également le *plan incliné supérieur de Kingsley.*

Mac-Bride (*Dental Review,* de Chicago, septembre 1901) entoure de matrices métalliques des molaires antagonistes et y dépose des lames qui se font mutuellement plans inclinés de façon que l'engrènement de ces lames oblige le patient à avancer la mâchoire inférieure.

Enfin il est un mode de traitement de l'opistognathisme sur lequel on ne me semble pas avoir suffisamment insisté, *c'est la méthode psychique ou éducatrice.*

Nous savons par l'anatomie pathologique combien les freins sont relâchés ; les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont anormalement étendus. Apprenons à notre patient à tenir le plus possible sa bouche fermée, les incisives inférieures aussi rapprochées qu'il est possible derrière les supérieures ; apprenons-lui à mâcher dans les mêmes conditions ; qu'il en prenne l'habitude et il guérira.

C'est le résultat que nous sommes en train d'obtenir sur un jeune homme de 17 à 18 ans, très intelligent et très tenace.

N'oublions pas, pour finir, qu'il ne faudra pas négliger, s'il y a lieu, le redressement de l'antéversion des incisives supérieures.

Vous voyez donc combien ce troisième chapitre des rapports pathologiques de l'articulation temporo-maxillaire et des dents est important. Si cet exposé peut contribuer à attirer votre attention sur ce point de notre orthopédie dento-faciale, j'en serai très heureux, car *actuellement nos moyens de redressement peuvent nous rendre maîtres du tiers inférieur de la face*, nous en sommes les architectes, pour ainsi dire, autant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel ; lisez les observations de Calvin Case, de Mac-Bride et de tant d'autres de nos distingués confrères, voyez les figures qui les illustrent et vous en serez convaincus.

Discussion.

M. Rolland rend hommage à la remarquable communication du Dr Frey, et, suivant la classification des relations dentaires et articulaires, il ramène toutes les conditions de la douleur à de simples phénomènes inflammatoires et congestifs semblables à ceux qui s'observent dans toutes les lésions articulaires de l'économie.

Acceptant donc la première division, le Dr Rolland réduirait les deuxième et troisième divisions du Dr Frey à des phénomènes de statique, phénomènes mécaniques produisant des relations anormales et par suite des traumatismes intra-articulaires, causes de phénomènes congestifs locaux.

Le traitement du Dr Frey rentre toujours d'ailleurs dans le même système qui consiste à régulariser l'articulation dentaire.

En terminant, le Dr Rolland rapporte le cas cité par Richer dans son anatomie topographique d'un chaudronnier de la rue aux Fèves qui pratiquait une incision d'un demi-centimètre entre le tragus et le condyle maxillaire et guérissait les névralgies dentaires les plus rebelles.

M. Sauvez. — Je remercie mon excellent ami Frey avec toute ma sincérité pour ses travaux si importants et je crois être l'interprète de toute l'assemblée en lui adressant des félicitations.



DISCOURS

PRONONCÉ A LA SÉANCE D'OUVERTURE DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE, LE VENDREDI 15 AOUT 1902, A STOCKHOLM.

Par le Dr Ch. Godon,
Président de la F. D. I.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au moment de commencer les travaux de la session de 1902 de la Fédération dentaire internationale, notre pensée se reporte tout naturellement vers la dernière et si mémorable séance qui nous réunissait, il y a un an à pareille époque, à l'Université de Cambridge et qui a laissé dans l'esprit de tous ceux d'entre nous qui y ont assisté un inoubliable souvenir.

Il me semble que nous ne pouvons mieux ouvrir cette session qu'en adressant un salut respectueux et cordial au savant éminent qui présidait cette séance, le professeur Michaël Foster. C'est dans cette séance que notre collègue et ami Förberg nous invita, au nom de la Société dentaire suédoise, à tenir cette année les assises de la Fédération dans cette belle ville de Stockholm.

Nul pays ne pouvait nous offrir une hospitalité plus unanimement et mieux accueillie par tous nos membres.

En effet, dans le champ limité où s'exerce notre activité, notre œuvre, toute scientifique et professionnelle qu'elle est, n'en est pas moins en même temps une œuvre de paix et d'entente universelles. Et quel pays aujourd'hui mieux que la Suède peut être qualifié pour abriter et patronner ces œuvres, elle qui, au milieu du contingent d'hommes illustres qu'elle a fourni, comme Schèele, Berzélius, Linnée, peut se glorifier d'avoir donné le jour à un des plus utiles philanthropes, Alfred Nobel, dont les généreuses institutions ont justement pour but de répandre dans le monde l'idée de la paix et de la fraternité universelles !

Aussi ne pouvons-nous mieux faire que de placer ici notre jeune Fédération sous l'invocation de ce grand bienfaiteur de l'humanité. Ne sont-elles pas en effet parmi les œuvres humaines qui contribueront le plus à amener la paix et l'amour parmi les hommes, toutes ces associations scientifiques ou industrielles, qu'on ne saurait trop multiplier, qui réunissent périodiquement sur un même point du globe, des hommes de nations, de langues et de coutumes différentes, pour discuter pacifiquement dans l'intérêt général les conditions d'un meilleur développement d'une des branches de l'activité humaine ?

Nous sommes donc très heureux d'exprimer à la Société dentaire suédoise tous nos remerciements pour son aimable invitation et pour son excellent accueil. Mais nous devons surtout remercier le professeur Lindström de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence d'honneur de cette séance. Nous savons que non seulement on lui doit de savants travaux, qui lui ont acquis une légitime notoriété, mais que c'est lui qui a organisé l'enseignement dentaire en Suède.

Aussi nous félicitons nous tous qu'après le professeur Gariel, qui présida à la naissance de la Fédération à Paris, après le professeur Michaël Foster, qui salua l'apparition de ses premières dents à Cambridge, ce soit à Stockholm, sous la présidence du professeur Lindström, dans ce bel Institut Caroline, votre première Faculté de médecine, que se fassent les premiers pas de notre Association dans la voie qui lui a été tracée.

Notre session, en s'ouvrant sous de tels auspices, ne peut manquer d'être fructueuse. Les délégués sont nombreux et les rapports sur les questions à l'ordre du jour sont abondants.

Parmi ces délégués, qui comptent au nombre des hommes les plus qualifiés dans le monde entier pour s'occuper des questions générales intéressant l'avenir de l'odontologie, nous avons le plaisir de retrouver la plupart de ceux qui ont pris part à nos travaux, l'année dernière. D'autres membres éminents de la profession sont venus se joindre à nous ; nous les en remercions. Nous félicitons aussi les membres de l'American Dental Society of Europe, qui ont contribué grandement à augmenter l'intérêt de cette session, d'abord en y participant, puis en acceptant d'organiser avec nous et avec la Société dentaire suédoise des réunions communes qui font de cette session une *grande semaine dentaire internationale,* pendant laquelle on sera sûr de rencontrer ici des manifestations de toutes les branches de notre spécialité.

Nous remercions particulièrement les auteurs des rapports qui nous ont été adressés de la conscience et de la compétence avec laquelle ils ont traité les sujets dont ils se sont chargés,

rapports qui vont servir de base aux travaux de la présente session.

Nous avons eu surtout en vue à Cambridge, l'an dernier, de compléter notre organisation, d'adopter le réglement, de créer les Commissions nécessaires, d'arrêter notre plan de travail. Il fallait préciser notre but, déterminer le champ d'action de la Fédération, son orientation, rassurer en même temps ceux qui craignaient quelque atteinte de notre part, en nous interdisant toute incursion sur le domaine réservé de l'autonomie de chaque nationalité, fixer en un mot les limites dans lesquelles il nous était permis de nous mouvoir pour faire œuvre utile, sans froisser aucune susceptibilité légitime. Chaque pays est sous la dépendance de ses mœurs, de ses coutumes, de son évolution historique, de ses lois, et comme toutes ces conditions sont assez différentes, notre Commission internationale ne peut avoir d'autre prétention, comme l'a très bien précisé notre collègue le professeur Hesse, de Leipzig, que d'émettre des avis, de donner des conseils, dépourvus de sanction réelle, mais n'en ayant pas moins une certaine autorité morale par suite des compétences spéciales qui composent la Fédération, et susceptibles en conséquence d'être pris en considération par les personnes qualifiées dans de chaque pays pour édicter des décisions ayant force de loi. Votre rôle a donc été limité à celui d'un *Grand Conseil consultatif international de l'art dentaire.*

Les débats se sont ainsi maintenus pendant la première session dans les régions élevées de la théorie et des généralités philosophiques.

Personne n'a eu lieu de s'en plaindre, surtout si l'on se souvient de l'admirable discours de sir Michaël Foster indiquant les conditions que doit remplir le meilleur programme d'éducation des professions en général et de celle de chirurgien-dentiste en particulier. Il les comparait à une série de cônes à base large, représentant l'instruction scolaire générale commune et se terminant par une pointe spéciale à l'enseignement professionnel de chaque profession. Il indiquait ce qu'il faut comprendre dans le cône, analysant ce qui est essentiel pour le dentiste et ce qui ne l'est pas, comparativement au médecin et au chirurgien.

Et après lui un grand chirurgien, professeur dans la même Université, le Dr Griffith précisait davantage avec tout autant d'autorité, les différences qui doivent exister dans l'éducation du médecin, du chirurgien et du dentiste, et il concluait en affirmant la nécessité pour le dentiste d'être instruit spécialement du commencement jusqu'à la fin, comme venaient à leur tour le confirmer

le vénéré président de la Commission d'enseignement, le professeur Brophy, et le professeur Kirk, les deux éminents doyens des Facultés dentaires de Chicago et de Philadelphie.

Le professeur Kirk, après avoir divisé les connaissances en essentielles et en non essentielles, insistait sur l'importance de commencer de bonne heure, au point de vue physiologique, l'enseignement manuel, pour amener la main au degré de dextérité nécessaire au dentiste, comme l'avait déjà signalé le Nestor de la profession, sir John Tomes, et comme le répétaient ensuite la plupart des orateurs.

Quelques membres, comme le professeur Arkövy, de Budapesth, dans son rapport, soutenaient une thèse opposée, à savoir que l'art dentaire est une spécialité médicale, en tout semblable aux autres et devant être enseignée dans les mêmes conditions que celles-ci; que l'éducation préliminaire du dentiste devrait être purement médicale, avec le doctorat en médecine, suivi d'une courte éducation spéciale. Enfin, une opinion mixte, soutenue par quelques-uns, préconisait un programme empruntant une de ses parties aux Facultés de médecine et l'autre aux Écoles dentaires.

De ces premiers débats très théoriques est sorti pour la Commission d'enseignement tout un plan de travail comprenant trois questions précises que nous avons chargé les membres de la Commission de traiter librement, chacun à son point de vue particulier. La plupart des délégués ont rempli leur tâche et nous pouvons vous soumettre une série de rapports très étudiés sur les trois questions ainsi mises à l'étude.

Quelques fédérations nationales ont même été appelées à se prononcer sur ces rapports. Il appartiendra à la Commission d'enseignement de tirer de ces opinions des formules claires et précises, sur lesquelles pourra se faire la discussion et s'établir, si c'est possible, l'accord des délégués.

Mais les travaux de la Fédération ne sont pas bornés à l'étude du meilleur système d'éducation du dentiste. L'hygiène dentaire publique est au moins autant que l'enseignement une des principales raisons d'être de la Fédération ; c'est celle en tous cas qui intéresse le plus le gouvernement et le public de chaque nation.

Sur l'avis du Dr Cunningham, une Commission spéciale a été créée et chargée d'une étude et d'un rapport sur les questions variées intéressant l'hygiène dentaire, dans les écoles, dans l'armée, dans la marine, dans les établissements industriels, dans les hôpitaux et dispensaires, partout enfin où elle peut exercer utilement son action pour la préservation ou la restauration de l'organe dentaire.

Le Dr Frank, de Vienne, au nom de la Commission nommée l'année dernière a rédigé un premier rapport, surtout d'enquête et de statistique, sur ce qui s'est fait dans cet ordre d'idées dans les différents pays.

Ses travaux ont appelé l'attention et de nouveaux membres demandent à lui apporter leur concours. La Commission devra donc dresser, elle aussi, son plan de travail pour les années à venir, en fixant un certain nombre de points à examiner dans les sessions suivantes, au moyen de rapports, comme l'a fait la Commission d'enseignement.

Une autre question importante fait l'objet d'un rapport sur lequel il nous sera facile, je pense, d'établir un accord : celle de la Fédération des Écoles dentaires. Une proposition dans ce sens a déjà été déposée au Congrès de 1900, qui l'a prise en sérieuse considération.

Du reste, cette Fédération existe déjà à titre national aux États-Unis, où elle groupe plus des deux tiers des Écoles, et a considérablement contribué à l'unification du programme des études et aux progrès de l'enseignement dentaire dans ce pays. En France une Fédération analogue est en voie de formation.

Nous sentons tous quel facteur important ce serait pour le progrès général de l'enseignement et de la profession, si ce projet était réalisé dans tous les pays ; si, tout en respectant l'autonomie de chaque groupe scolaire national, il était possible de faire accepter à tous les établissements d'enseignement dentaire du monde un programme minimum unique contenant tout ce qu'un dentiste digne de ce titre doit savoir pour exercer avec compétence et dignité.

Souhaitons que les débats qui vont s'ouvrir sur le rapport très documenté du Dr Rosenthal, de Bruxelles, aboutissent, suivant les conclusions du rapporteur, à l'entente projetée.

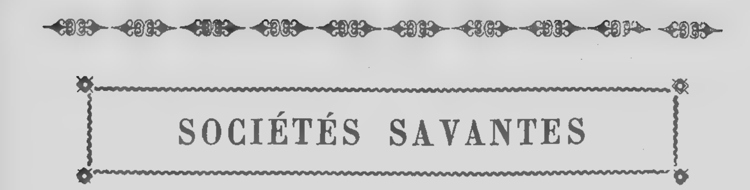
Le fonctionnement et les travaux de la F. D. I. pendant cette année ont montré la nécessité de créer de nouvelles Commissions comme celles de la presse, de la statistique, etc...

Il nous faut également régulariser de plus en plus la base de la Fédération, qui est formée par les Fédérations nationales ; malheureusement celles-ci n'existent pas encore partout d'une manière régulière.

Enfin il nous faut intéresser les gouvernements à nos travaux eu les amenant à nommer des délégués à nos sessions annuelles, afin qu'ils puissent être saisis officiellement dans des rapports spéciaux de ceux de nos vœux qui peuvent faire l'objet de mesures législatives.

Nous nous acheminerons ainsi vers le 4e Congrès international, que l'on nous a confié la mission de préparer et où le monde dentaire pourra faire un nouvel inventaire des progrès réalisés par la science odontologique mondiale, congrès pour lequel nous avons déjà reçu une invitation.

Si pendant cette période quinquennale nous avons pu assurer le fonctionnement régulier de ce nouvel organe de progrès qu'on appelle du beau nom de Fédération, si nous avons pu l'élever assez au-dessus des querelles de personnes, de groupes et même de nationalités, si enfin, nous avons pu le transporter dans les hautes sphères, où les idées seules se rencontrent en des luttes pacifiques pour s'unir ensuite et se fondre, comme se fondent les nuages du ciel après les orages les plus violents en une pluie bienfaisante et féconde qui tombe sur la terre pour faire germer les moissons futures en laissant le ciel pur et limpide, si nous avons réalisé ce programme, nous pourrons nous retirer la conscience tranquille, en laissant à d'autres le soin de continuer notre œuvre, et nous n'aurons perdu ni notre temps, ni nos efforts, que nous sommes heureux de mettre au service de cette noble cause.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 mai 1902.

Présidence de M. Roy, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

I. — Présentation d'une malade.

M. Roy. — Permettez-moi de modifier l'ordre du jour pour donner la parole à M. Foveau de Courmelles qui nous fait le plaisir de nous présenter ce soir deux malades en vue de confirmer une communication qu'il nous a faite antérieurement et pour la compléter.

M. Foveau de Courmelles présente deux malades et accompagne cette présentation de la communication insérée dans le n° du 30 juin 1892, sur la LUMIÈRE CHIMIQUE EN ART DENTAIRE.

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter à M. Foveau de Courmelles ?

M. Heïdé. — L'année passée je suis allé à Copenhague rendre visite à M. Finsen ; il m'a fait visiter son Institut, et j'ai été émerveillé des résultats qu'on y obtenait ; je suis heureux de constater que vous pouvez en obtenir de pareils. Je lui ai demandé quelques renseignements ; je voulais savoir s'il avait employé les rayons chimiques pour des affections de la langue telles que la leucoplasie linguale ou encore le cancer.

Comme nous, spécialistes des dents, nous avons plus que d'autres l'occasion de remarquer ces affections au début, nous aurions pu rendre de signalés services aux malades en attirant leur attention sur ces affections ; et peut-être en soumettant celles-ci aux effets des rayons chimiques les empêcherait-on de dégénérer.

Le professeur Finsen m'a répondu qu'il ne s'était pas encore occupé de ces affections.

M. Foveau de Courmelles. — Il n'a pas signalé la tuberculose os-

seuse ni la tuberculose pulmonaire comme susceptibles d'être traitées par la lumière. J'étais déjà en rapports avec lui, et jamais il n'a revendiqué la priorité du traitement de ces affections.

M. Heïdé. — Cela lui a fait plaisir de voir ses confrères français s'occuper de sa méthode.

M. Roy. — Messieurs, nous pouvons adresser nos félicitations sincères à M. Foveau de Courmelles qui s'occupe particulièrement de ces affections rebelles et graves au point de vue des conséquences sociales. Je suis sûr d'être votre interprète en le remerciant de sa présentation et en le priant de vouloir bien nous présenter, ainsi qu'il l'a fait, ce qu'il pourrait rencontrer d'intéressant en ce qui concerne les affections dentaires. Nous serons heureux de lui apporter, au point de vue spécial des affections dentaires, notre collaboration pour le diagnostic et le traitement à appliquer contre elles.

M. Foveau de Courmelles. — Je vous remercie de la sympathie que vous me témoignez. Si vous avez de votre côté un malade intéressant, vous pouvez l'amener chez moi, je vous aiderai et je crois que nous pourrons arriver à de bons résultats.

M. Roy. — Il nous sera facile de trouver les éléments nécessaires à la clinique de l'Ecole et il y aura lieu d'essayer ce nouveau mode de traitement qui peut offrir des ressources tout à fait imprévues. Je remercie encore M. Foveau de Courmelles pour l'offre gracieuse qu'il fait à l'Ecole dentaire.

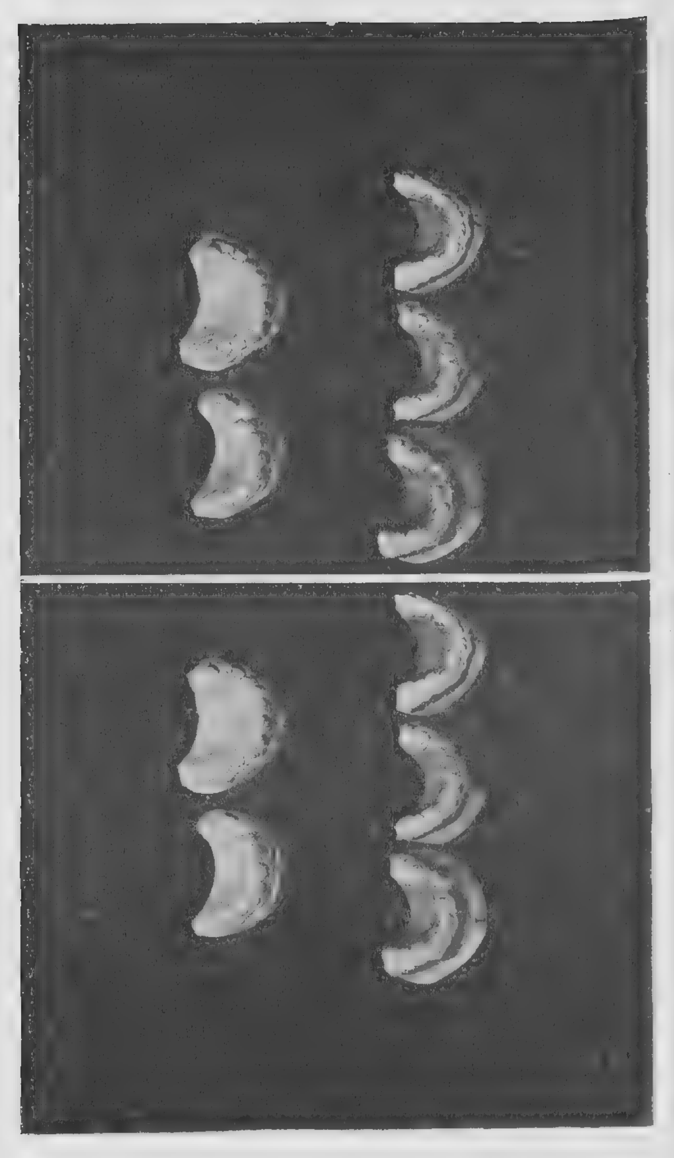
II. — De l'utilité de la photographie stéréoscopique en art dentaire, par le Dr Pont, de Lyon.

M. Papot donne lecture de la communication suivante et présente des spécimens.

DE L'UTILITÉ DE LA PHOTOGRAPHIE STÉREOSCOPIQUE EN ART DENTAIRE

Par le Dr Pont,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Jusqu'à maintenant on n'a pas songé, à ma connaissance du moins, à utiliser la photographie stéréoscopique en art dentaire. Lorsqu'on voulait, à un congrès ou à une réunion scientifique, montrer le résultat de tel ou tel traitement, on était obligé d'apporter des modèles en plâtre, très encombrants, ou de simples photographies qui ne donnaient pas toujours le résultat voulu. J'ai donc pensé que, dans ces circonstances, les épreuves stéréoscopiques pour-



A B

raient rendre quelques services. On jugera, par les deux épreuves choisies au hasard dans ma collection, que l'image aperçue est aussi nette que celle fournie par le modèle en plâtre lui-même.

Les photographies stéréoscopiques seront également d'une très grande utilité pour les publications ou les thèses dans lesquelles la reproduction des clichés photographiques sera nécessaire pour la clarté du texte.

Je ne veux pas insister plus longuement sur un aussi petit sujet. Je me contente de donner mon idée pour ce qu'elle vaut en souhaitant qu'elle puisse être de quelque utilité à mes confrères.

Discussion.

M. Papot. — Les photo-stéréoscopies envoyées par M. le Dr Pont représentent :

A. Redressement brusque en une séance.
Canine supérieure droite ; rétroversion.
I. Avant l'opération.
II. Après l'opération.

B. Redressement par la méthode du cordonnet.
Incisive centrale supérieure gauche ; rotation sur l'axe.
Canine supérieure droite ; antéversion.
I. Avant le traitement.
II. Pendant —
III. Après —

J'ajoute que l'idée me paraît très heureuse ; mais malheureusement l'exécution laisse un peu à désirer, il serait préférable d'obtenir des épreuves moins rapetissées. J'ai fait exécuter, d'après ces épreuves, pour le journal, un cliché en photogravure avec lequel j'obtiens le même relief; les lecteurs de *L'Odontologie* pourront s'en convaincre en passant sous un stéréoscope la planche qui sera jointe au procès-verbal de cette séance.

M. Godon. — C'est réellement très bien.

M. Lemerle. — Cela ne remplace pas les modèles.

M. Roy. — Il est certain que, si l'on compare ceci aux photographies planes qui nous sont ordinairement présentées, il y a une différence remarquable ; on peut en effet ici se rendre parfaitement compte du relief. A la dernière séance pour la communication que nous allons discuter ce soir, M. Förberg nous a adressé de très nom-

breux clichés très intéressants, mais il est certain que ceux-ci auraient gagné au point de vue de l'œil à être présentés en photographies stéréoscopiques. Nous adressons nos remerciements à M. Pont pour son intéressante présentation.

III. — Discussion de la communication de M. Förberg : l'extraction symétrique des premières molaires permanentes est-elle fondée[1] ?

M. Roy. — Nous allons passer maintenant à la discussion de la communication de M. Förberg. Vous vous rappelez cet intéressant travail, et que publié dans *L'Odontologie* vous avez pu étudier à loisir. Un certain nombre d'orateurs se sont fait inscrire ; nous allons leur donner successivement la parole. Parmi eux, j'ai oublié de faire inscrire M. Meng auquel j'en adresse mes excuses, et je l'inscris à la suite.

M. Heïdé. — Tout d'abord je désire adresser mes remerciements à l'aimable administrateur de *L'Odontologie*, M. Papot, d'avoir pu faire publier et distribuer le numéro du 15 avril dès le 7 avril en vue de la discussion de l'article de M. Förberg. Il arrive quelquefois que le journal paraît en retard, mais qu'il ait été distribué en avance, c'est un vrai tour de force qu'a fait M. Papot ; qu'il veuille bien recevoir mes sincères remerciements.

Je vous ai dit à la séance du mois passé combien j'étais heureux de vous présenter le travail si étudié et si documenté de mon ami le Dr Förberg, de Stockholm.

M. Förberg a rendu visite, comme vous l'avez lu dans son article, aux malades auxquelles le Dr Berggren avait arraché la dent de six ans douze à quinze ans auparavant.

Après avoir pris l'empreinte de leur bouche M. Förberg a fait la comparaison entre l'état actuel de ces bouches et les modèles d'il y a douze à quinze ans.

Il a constaté :

1° Qu'on n'a pas gagné de place ; il a prouvé cela de la façon suivante :

Si vous tirez une ligne partant de la face postérieure de la première grosse molaire à travers le palais, puis une deuxième ligne partant de la pointe des incisives et perpendiculaire à la première, en la mesurant, vous trouvez qu'elle a la même longueur qu'une ligne perpendiculaire tirée sur celle qui part de la face antérieure de la dent de sagesse à travers le palais. C'est ce qu'il a constaté dans des bouches où l'on a arraché les dents de six ans ;

2° Que les dents ne sont guère desserrées ni redressées ;

---

1. *Voir numéro du 30 avril.*

3° Que les dents ont pivoté sur elles-mêmes et que dans certaines bouches elles sont inclinées en dedans ;

4° Que la hauteur de l'articulation a été diminuée ;

5° Que certaines dents de sagesse mordent la gencive supérieure ;

6° Que la dent de sagesse manque dans certaines bouches et que le patient, au lieu d'avoir trois molaires, n'en a qu'une seule.

L'évolution de certaines idées et de certaines méthodes a par coïncidence lieu à la fois dans plusieurs pays ; c'est ce qui est le cas avec l'opinion sur l'extraction de la dent de six ans : on s'en occupe dans tous les pays.

Il y a environ douze à quinze ans que l'extraction de cette dent a été préconisée d'une façon scientifique, mais ce n'est quelquefois qu'au bout d'une longue période que le résultat nous permet de juger si la méthode est encourageante ou si l'on doit la condamner.

Maintenant on s'est aperçu que les partisans de l'extraction ont fait erreur.

Les adversaires acharnés de la méthode portent les noms les plus connus de nos confrères : Bogue, Davenport, Ottolenguy, Arkövy, de Budapest ; ce dernier a écrit une lettre au Dr Förberg pour le remercier de son article, en disant qu'il avait rendu un grand service non seulement à ses confrères, mais aussi au public — et si son article si clair, si net a pu confirmer l'opinion des partisans de la conservation de la dent de six ans et convaincre ses adversaires il en serait très heureux et moi également.

S'il faut arracher une dent en vue du redressement des dents antérieures, c'est la première bicuspide ou quelquefois la deuxième bicuspide qu'il faut sacrifier.

M. Siffre. — Je remercie M. Heïdé, et, sans avoir le plaisir de connaître notre confrère Förberg, je le remercie aussi, car son travail est très intéressant et accompagné de documents qui peuvent éclairer la situation. Comme le disait tout à l'heure M. Heïdé, ces documents et cette communication vont probablement ébranler l'opinion de certains, mais ils ne font que corroborer la mienne, car les preuves que j'ai vues sont absolument de nature à confirmer le bien-fondé de l'extraction de la dent de six ans.

Je crois que la molaire de six ans cariée à partir du troisième degré doit être sacrifiée sans remords de conscience (comme une indication de profit général).

J'ai publié dans la *Revue odontologique* une série d'observations cliniques qui démontrent bien que, la dent de six ans enlevée, la dent de sagesse vient bien mieux ; il n'est pas douteux que, la dent de six ans enlevée, la dent de sagesse trouve sa place ; mais il ne faut pas évidemment enlever la dent de six ans à dix-huit ans par exemple.

Il a été dit autour de moi que les accidents de la dent de sagesse étaient fort rares, mais nous ne les voyons pas toujours, nous dentistes, nous ne les voyons pas plus les uns que les autres ! Celui qui a un phlegmon ne vient pas chez nous. Il est bon tout de même que ces paroles aient été prononcées relativement à la dent de sagesse ; par conséquent la dent de sagesse ne donnant pas d'accidents, il y aurait lieu de conserver la dent de six ans.

Je conclus et je termine : lorsque la dent de six ans est cariée chez un enfant dont les allures permettent de supposer qu'il ne surviendra pas dans son système dentaire d'amélioration ultérieure, vous devez faire l'extraction sans remords de conscience.

Au point de vue général d'une explication scientifique, nous devons dire si qu'elle est la méthode que nous préconisons sans préoccupations de clientèle. Mais nous sommes cependant obligés de faire une distinction : il est bien évident que lorsque nous avons affaire à la clientèle ouvrière, qui n'a ni le temps ni le moyen de se déranger souvent, nous rendons un grand service en enlevant la source du mal. Si plus tard la dent de sagesse cause des accidents et que vous ayez une dent de six ans cariée, au lieu d'avoir perdu une seule dent, vous en avez perdu deux.

Mais qu'il ne vienne à l'esprit de personne que les dents puissent reculer : comme vous portez la force constante de la langue en avant, vous vous rendrez compte qu'il ne sera pas possible aux dents antérieures d'aller prendre place en arrière. Il ne faut donc pas faire l'extraction de la dent de six ans comme moyen de régularisation des dents, car nous voyons tous les jours par des quantités d'observations qu'elles évoluent d'arrière en avant et non pas d'avant en arrière.

M. Roy. — M. Richard-Chauvin est souffrant et s'est fait excuser ; la parole est donc à M. Godon.

M. Godon. — J'ai été des premiers à applaudir la communication que nous a faite, mon ami M. Förberg. Il n'est pas un inconnu pour vous ; il est venu, vous vous en souvenez, prendre une part active à notre Congrès en 1900 ; depuis il fait partie du Conseil exécutif de la Fédération internationale et s'apprête à nous recevoir cette année à Stockholm.

Depuis vingt ans, depuis les travaux d'Andrieu, de nombreux auteurs ont écrit sur cette question de la dent de six ans ; on a déjà cité quelques-uns des principaux il faut y ajouter ; la thèse de notre ami Frey. Mais depuis, nous avons marché, il s'est produit des faits nouveaux, comme le montre Förberg, qui nous permettent de réviser le procès de la dent de six ans et d'aboutir à des conclusions différentes. Je vous dirai, pour ma part, que je suis très heureux que la communication présente nous permette d'étudier à nouveau cette ques-

tion. Dans cette École, nous avons vu la plupart des professeurs se déclarer depuis longtemps partisans de la conservation. Nous admettons qu'il n'y a pas d'indication particulière d'extraction pour la dent de six ans; il n'y a que les indications générales qui s'appliquent à toutes les dents de la mâchoire.

On a donné en faveur de l'extraction de la dent de six ans deux arguments principaux :

1° La dent de six ans est une dent de très faible résistance, se cariant facilement, par conséquent devant disparaître de bonne heure ;

2° L'extraction de cette dent de six ans a l'avantage de donner de la place, d'éviter ainsi le chevauchement des dents antérieures, et les accidents de la dent de sagesse.

Donc, 1er argument : éviter la carie ;

2e argument : faire de la place.

Förberg dans son travail nous apporte des statistiques nouvelles très intéressantes. La dent de six ans se carie de six à douze ans, mais la dent de douze ans se carie bien plus, nous dit-il. Mais si la dent de douze ans offre moins de résistance que la dent de six ans, personne ne contredira que la dent de sagesse est encore moins résistante à la carie, donc, l'ordre serait plutôt celui-ci : dent plus résistante, la dent de six ans ; dent moins résistante, la dent de sagesse. Si l'on se demandait laquelle de ces trois dents doit être supprimée, ce devrait être la dent de sagesse. Au point de vue de l'espace, Förberg confirme ce que dit M. Siffre : que l'on ne voit pas les dents antérieures reculer. Förberg nous montre des modèles qui ont été pris, non pas dans sa clientèle, mais dans celle d'un adversaire : il y a eu déplacement des dents postérieures, mais pas de changement appréciable au point de vue de l'espace entre les dents antérieures à la molaire de six ans. Si donc on enlève cette dent, on ne modifie en rien les dents antérieures, on facilite seulement la sortie de la dent de sagesse, en sorte que l'on enlève, entre six et douze ans, une molaire très utile pour faciliter la sortie d'une dent de sagesse problématique puisque tout le monde n'a pas ses dents de sagesse !.....

Quant aux accidents de dent de sagesse, les accidents graves sont extrêmement rares. M. Siffre nous dit, il est vrai, qu'il s'en produit beaucoup que nous ne connaissons pas. C'est possible, mais si cette dent occasionne des accidents sérieux, son extraction est alors indiquée. La dent de sagesse est souvent, au point de vue de sa forme, de sa situation, de son utilité dans la mastication, par suite de sa mauvaise position moins nécessaire que la dent de six ans, qui, elle, se trouve au milieu de la mâchoire. Au point de vue du chevauchement, s'il y a une dent à arracher, c'est la première petite molaire ou la deuxième qu'il faut extraire. Nous pouvons dire : l'extraction

symétrique de la dent de six ans est non seulement inutile, mais encore nuisible, elle ne se carie pas plus que les autres et, ainsi que le dit Frey, si elle se carie, le dentiste est là pour la soigner. Il est nombre d'enfants qui sont maintenant des hommes à qui j'ai conservé leur molaire de six ans; quelques-unes de ces molaires ont des obturations, d'autres ont même des couronnes, et tout cela a duré; on peut constater qu'à partir d'un certain moment la dent devient plus résistante, on a moins à y retoucher. Je dis souvent que la période difficile à passer pour les enfants est de sept à dix-huit ans; si l'on a pu maintenir la dent de six ans pendant cette mauvaise période, elle reste longtemps stationnaire; nous avons maintenant, si elle est cariée, pour la conserver, des moyens plus perfectionnés qu'autrefois, il y a donc moins de motifs pour extraire la dent de six ans, même cariée à un degré avancé; pour moi c'est une mutilation inutile et j'ajoute qu'elle est même nuisible au point de vue de l'articulation, parce qu'elle diminue l'étendue de surface de mastication et qu'elle la diminue à une période où l'enfant a le plus besoin de tous ses moyens masticatoires.

M. Roy. — Je donne la parole à M. Meng.

M. Meng. — Je commence par remercier le bureau de bien vouloir me donner la parole, n'ayant pas été porté à l'ordre du jour parmi les orateurs inscrits; c'est pourquoi vous me voyez les mains vides. Je me permets de vous dire que dans les dernières séances de l'année dernière je vous avais montré des modèles qui prouvaient parfaitement que l'extraction d'une petite molaire n'avait favorisé en rien le développement des dents, la bouche était encore plus serrée qu'avant. Pour les modèles que nous a présentés M. Förberg, il est très difficile d'en parler, parce que ce sont des cas où l'extraction des dents ne devait apporter aucune modification. Lorsque la pulpe est atteinte, je suis de l'avis de M. Siffre; on doit extraire la dent. Je suis très heureux de l'éloge que vous faites de M. Förberg; personnellement je lui suis très reconnaissant de l'enseignement qu'il nous donne, je regrette que la malechance m'ait poursuivi durant ces dernières séances, car je voulais vous parler du saut de l'articulation *(Jumping the bite)*. Le Dr Talbot a dit: la chose est possible, et Ottolengui ne l'a pas fait, il a fait rentrer les dents du maxillaire supérieur avec des ressorts et il n'a pas compté sur les efforts de l'habitude. Les dents dans la bouche se placent, suivant les forces déterminées.

Ottolengui a resserré les dents, mais n'a pas redressé le maxillaire. Talbot a fort bien dit, lui, qu'il n'avait pas obtenu le *Jumping the bite;* je ne puis vous donner tous les détails de cette question, mais ce que je puis vous dire, c'est que ces considérations changent toutes les idées que l'on peut avoir sur le redressement des dents.

M. Roy. — J'exprime tous mes regrets de mon oubli à M. Meng,

mais le secrétaire général lui-même, à qui je donne maintenant la parole, ne figurait pas sur l'ordre du jour; il n'y a donc aucune intention désobligeante à l'égard de M. Meng.

M. Touvet-Fanton. — Il me semble que la question de l'extraction de la molaire de six ans se pose différemment selon l'époque à laquelle on a à envisager cette éventualité. Les molaires de six ans en effet sont particulièrement intéressantes en ce sens qu'elles forment quatre points d'appui, régulateurs de notre articulation, en quelque sorte comme le font les quatre vis de mise au point dans notre articulateur de laboratoire.

Ces dents sont donc de toute nécessité tant que l'articulation définitive n'est pas encore établie par d'autres points d'appui qui permettent de se passer de ces points de régularisation.

Mais en d'autres temps, la molaire de 6 ans rentre dans la catégorie des autres organes, utiles au même titre; mais comme eux, suivant par conséquent les indications et contre-indications de l'extraction.

Agir avec absolutisme pour la dent de 6 ans plus particulièrement me paraît exagéré. Il est bien évident qu'en temps ordinaire personne, pas plus M. Siffre qu'un autre, n'ira de gaîté de cœur extraire une dent qui ne présente pas de tare suffisante, mais il peut arriver cependant qu'un enfant ait une molaire de 6 ans atteinte d'une périostite phlegmoneuse suffisamment intense pour occasionner des accidents de propagation redoutables, et que l'extraction soit indiquée. Il faut savoir choisir le moindre de deux maux, et savoir au besoin sacrifier la perfection de l'arrangement des dents.

D'ailleurs, si j'en juge par les résultats que nous montre M. Förberg, ceux-ci ne me paraissent pas si mauvais, et l'extraction de dents très cariées opérée de préférence au traitement, et cela dans un but orthopédique, ne me paraît pas, dans les figures que je vous ai soulignées, dans son travail, avoir nui aux sujets qui l'ont subie. Pour quelques changements dans la surface masticatoire sans doute, l'arrangement, l'harmonie générale de la bouche et les maxillaires dans leur ensemble, sont bons, et ils eussent pu être plus mauvais autrement, la dent de 6 ans traitée, et en infériorité de lutte, ayant pu, depuis, subir l'outrage du temps.

Sans doute on ne gagne pas de place notable à proprement parler; cependant, il est un fait incontestable: c'est que lorsqu'une dent de sagesse produit des accidents, et que la molaire de 12 ans voisine est tout à fait malade, ou bien encore que la dent de sagesse est inexpugnable, si je puis m'exprimer ainsi, eh bien, le meilleur traitement des accidents de cette dent de sagesse est de supprimer... la molaire de 12 ans! Ce qui prouve que l'extraction, d'une certaine manière procure de la place pour l'arrangement des dents en voie d'éruption pénible.

Quant à leur direction générale, les dents se placent d'après les efforts qu'elles subissent, joues, lèvres, langue, muscles, et cela en convergeant vers un centre qui est représenté par les petites molaires comme point mort, ce même point qui vous est représenté par le centre de gravité de nos appareils artificiels lorsque nous voulons y placer les porte-ressorts. Ainsi s'explique l'inclinaison des molaires.

M. Sauvez. — Je voudrais surtout, dans ce que je vais vous expliquer, ne pas me servir du tout des arguments qui ont été émis ici, mais me baser sur l'anatomie normale. M. Touvet-Fanton nous dit comme conclusion : « Je ne suis pas contre l'extraction, on peut ou l'on ne peut pas extraire. » Vous nous avez donné l'explication de la conservation, on peut toujours dire qu'il n'y a pas besoin de se gêner.

Les raisons qui ont été données sont celles-ci :

1° La dent de six ans est la plus grosse de toutes les dents, la plus volumineuse même, on doit envisager plus sérieusement l'extraction de cette dent ; on pourrait traiter beaucoup plus légèrement l'extraction des prémolaires que celle de cette molaire qui est la plus grosse de toutes ;

2° Au point de vue anatomique, si nous regardons l'articulation dentaire chez tous les sujets à qui on a enlevé la dent de six ans, que se passe-t-il ? Il se passe toujours quelque chose, les dents du bas n'étant plus maintenues pas la dent de six ans, inclinent leur surface masticatoire et la réduisent à un point, cela ne donne plus une molaire au point de vue physiologique, cela devient une canine, la dent de douze ans du haut suivant le même mouvement s'avance en avant et s'articule de biais, si bien que vous n'avez pas seulement enlevé les deux points les plus importants de la mastication, vous avez en outre diminué considérablement l'étendue de la surface restante. Le dentiste qui enlève ces dents en bas et qui ne les enlève pas en haut, et qui a fait cette opération,en arrive à ce résultat. Pour la dent de douze ans, au point de vue de la dent de sagesse, elle s'engrène toujours mal, et a toutes les raisons pour mal s'engrener ; vous enlevez la dent de six ans à douze ans, vous compromettez la mastication des deux molaires de votre sujet, vous compromettez d'avance la mastication de votre dent de douze ans. Si vous examiniez en avant ce qui se passe, c'est très simple ; nous avons les deux prémolaires qui s'engrènent contre l'un des côtés de la deuxième prémolaire, elles descendent ainsi le plan incliné, ne touchant plus du tout contre la deuxième prémolaire. — En l'examinant au point de vue anatomique, la dent de de six ans doit donc être traitée avec plus de ménagement qu'aucune autre et son extraction est le plus souvent contre indiquée.

On commence à connaître la question du redressement. Comment

doivent être rangées les dents? Normalement lorsque vous portez à côté l'une de l'autre une canine, une incisive latérale, une incisive centrale, une autre incisive centrale et une autre incisive latérale et une canine, il n'y a qu'à mesurer leur axe et, si le sujet est normal, ces dents seront rangées forcément suivant un arc de cercle donné par ces mesures,

On reviendra sur cette question à Montauban. En Amérique il existe une école où l'on ne s'occupe que du redressement des dents, on a établi une règle qui permet de dire : « voici trente-deux dents ; reconstituez le maxillaire tel qu'il devrait être ».

Il arrive assez souvent qu'on vient nous trouver pour un enfant de douze ans qui est atteint de prognathisme en disant : « Cet enfant a ses dents du bas qui mordent dans le palais et les dents du haut se touchent ». Beaucoup de praticiens se disent : « Il n'y a pas moyen de guérir ce prognathisme, il faut que je fasse de la place, je vais enlever la dent de six ans. » Or il arrive très souvent que ces prognathismes apparents du maxillaire supérieur ne sont pas des prognathismes réels, c'est la mâchoire inférieure qui est en retrait. Dans ces cas, au lieu de supprimer deux prémolaires, et de rentrer avec un appareil les dents du haut pour les faire toucher contre les dents du bas, si vous arrivez à forcer l'enfant à avancer la mâchoire inférieure pour que cette mâchoire se trouve en contact avec les incisives supérieures, cela s'appelle le saut de l'articulation. Pour cela, au lieu de laisser l'enfant fermer la bouche dans la position naturelle, il faut lui mettre un appareil avec un plan incliné à la mâchoire supérieure de façon à lui faire faire ce saut de l'articulation, pour que les dents viennent se mettre bien dans leur engrènement normal. J'ai déjà deux observations absolument nettes d'enfants que j'ai guéris de cette façon, ils avaient du prognathisme apparent et maintenant engrènent normalement. L'appareil se compose d'une plaque de platine avec un buttoir, que vous calculez de façon à ce que l'enfant ne puisse venir mordre en arrière de ce buttoir et qu'il soit forcé de venir placer sa mâchoire inférieure en avant.

On discute beaucoup cette question en Amérique : Est-ce que l'enfant garde cette fausse articulation ou bien, les dents étant habituées à cet engrènement forcé depuis longtemps, se fait-il une nouvelle articulation? Il y a une grande discussion, les uns prétendent que l'articulation temporale reste la même, d'autres que non. Bien que ce que je viens de vous indiquer ne soit pas absolument relatif à la dent de six ans, l'extraction de cette dent ayant été souvent conseillée dans les cas dont je viens de vous entretenir, j'ai cru intéressant de vous les donner. En ce qui concerne particulièrement l'extraction de la dent de six ans je cherche un exemple pour résumer ma pensée : je considère l'extraction comme une mutilation, c'est comme si l'on coupait un pe-

tit doigt de pied à un enfant pour l'empêcher d'avoir des cors plus tard.

M. Siffre. — Dans les nombreuses séances auxquelles j'ai assisté, on a présenté des cas de prognathisme général, et je me suis toujours opposé à cette dénomination de prognathisme. M. Sauvez a dit tout à l'heure que la dent de douze ans s'inclinait si la dent de six ans était enlevée ; mais cela ne se produit pas si cette extraction est faite à temps, sinon on ne doit pas la faire. Je crois que dans les cas généraux quand vous avez une dent de six ans cariée au 3e ou 4e degré, lorsque vous n'avez personne qui puisse donner les soins que nous donnons dans nos cabinets, vous pouvez extraire cette dent, mais il ne faut pas extraire à dix-neuf ans, parce que le sujet a sa dent de sagesse et il n'y a plus lieu de chercher à prévenir les accidents de celle-ci.

M. Blatter. — J'entends dire à M. Siffre que, pour éviter les accidents de la dent de sagesse, c'est une mesure préventive d'enlever la dent de six ans. Je proteste, parce que les accidents des dents de sagesse ne sont pas des accidents de compression des dents, mais sont presque toujours infectieux.

M. Siffre. — Quand une dent de six ans est en place et que la dent de sagesse pousse, si elle cause des accidents, c'est parce qu'elle n'a pas eu la place nécessaire, c'est au moment où elle émerge de la gencive qu'elle se trouve trop à l'étroit et que les accidents infectieux surviennent.

M. Blatter. — En général, j'ai constaté que c'est toujours dans une bouche sale où la muqueuse a été infectée; combattez cette cause par les moyens appropriés et vous obtiendrez la disparition des accidents.

M. Lemerle. — J'ai écrit quelques mots que je vais vous lire, je ne répondrai donc pas d'une façon directe aux orateurs.

Que dire encore, Messieurs, sur cette importante question, après la lecture du très intéressant et très consciencieux travail de M. Förberg et les observations qui viennent d'être faites par nos collègues ?

Cependant, je voudrais ajouter quelques mots, et même répéter ce qui a été dit pour affirmer plus encore, si c'est possible, notre conviction sur cette question de la conservation de la dent de sept ans.

J'ai relu le paragraphe d'Andrieu cité par M. Förberg :

« Ces dents en raison de leur développement, de leur fonction et de leur durée, n'appartiennent point aux dents permanentes et doivent par conséquent être supprimées vers la fin de la douzième année, c'est-à-dire à l'époque où apparaissent les secondes molaires permanentes. »

Pourquoi Andrieu veut-il faire de la dent de sept ans une dent temporaire.

Cependant, la distinction en dents temporaires et en dents permanentes, repose sur des faits embryologiques d'une part, et d'autre part et surtout, sur des constatations physiologiques.

1° Des faits embryologiques. Le follicule de la première grosse molaire naît directement de la lame épithéliale et c'est son cordon qui donne naissance à la deuxième molaire, le cordon de cette dernière donnant à son tour la troisième ;

2° Des constatations physiologiques. Il est d'observation usuelle que les vingt dents primitives tombent normalement à des âges connus et à peu près fixes, et que d'autre part la seconde dentition qui lui succède a pour ainsi dire une durée physiologique indéfinie, des lésions pathologiques seules pouvant amener leur chute.

C'est donc bien là une seconde genèse dentaire, bien distincte de la première, et, en considérant la première grosse molaire, nous sommes sûrement en présence d'une dent permanente.

La dent de sept ans est non seulement une dent permanente, mais encore nous devons la considérer comme la plus importante de ces dernières.

Si nous l'examinons, nous constatons que c'est la dent la plus forte de la mâchoire, qu'elle offre une surface triturante de beaucoup supérieure aux autres dents, qu'elle est surmontée de cinq tubercules s'enchâssant avec leurs homologues, ce qui contribue puissamment à une bonne trituration des aliments, toutes qualités qui la placent parmi les dents les plus importantes de la mâchoire.

Je crois même qu'avec ses avantages morphologiques, l'époque de son éruption ne peut être mieux placée.

En effet nous voyons apparaître la première grosse molaire entre six et sept ans, l'éruption n'en est guère terminée que vers la huitième année, époque où l'enfant commence à entrer dans une période critique. Les incisives temporaires ont disparu, mais les permanentes n'ont pas encore achevé leur éruption. Les molaires de lait sont souvent à cet âge plus ou moins cariées, elles commencent à s'ébranler; en un mot l'enfant se trouve dans de très mauvaises conditions pour bien manger.

La nature prévoyante lui envoie à ce moment sa première grosse molaire qui va jouer à la fois un triple rôle :

1° Par sa large surface triturante elle va remédier au désordre momentané apporté à la mastication par la chute des dents temporaires;

2° Jouant le rôle de coin placé dans la courbure de l'arc maxillaire, elle va diriger son développement, tandis qu'au contraire son absence peut en entraîner un certain degré d'atrésie;

3° Retardant par sa présence l'éruption de la dent de douze ans jusqu'à la date réelle de douze années, elle lui permet d'arriver à un degré de calcification supérieur diminuant ainsi ses causes prédisposantes à la carie.

Tel est le rôle de ces quatre dents, que certains auteurs proposent de supprimer à leur naissance, pour obtenir des avantages plus que problématiques.

Quels sont ces avantages ?

M. Förberg les énumère dans son travail : corriger les irrégularités de position des dents, notamment celles des incisives ; provoquer un léger espace entre les dents, afin d'en rendre le nettoyage plus aisé et d'éviter la carie ; enfin, faciliter l'éruption des dents qui doivent suivre. Quant à la prédisposition de cette dent à la carie comme une des raisons à faire valoir en faveur de son extraction prématurée, je renvoie au tableau statistique de M. Förberg, qui prouve que la dent de douze ans est au moins aussi souvent atteinte de carie que la première.

Si nous examinons maintenant les nombreuses photographies annexées au travail de M. Förberg, nous voyons qu'en général les irrégularités des dents antérieures ne sont pas corrigées. Nous constatons que l'espace entre les dents n'est pas obtenu, tout au moins pour les dents antérieures que seul l'avantage de faciliter l'éruption des dents qui suivent est atteint, notamment pour la dent de sagesse.

Quels sont donc les phénomènes que provoque encore l'extraction prématurée de la dent de sept ans ?

Si nous examinons les photographies que nous avons sous les yeux, et si nous rassemblons nos souvenirs cliniques, nous constatons qu'en général la deuxième grosse molaire s'est plus ou moins inclinée d'arrière en avant, que la deuxième petite molaire s'est également inclinée dans le sens inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière, laissant un espace vide entre les deux dents, ayant la forme d'un triangle dont la base reposerait sur la gencive.

Cette nouvelle position des dents provoque un vice d'articulation, préjudiciable à une bonne mastication, car ce ne sont plus deux faces triturantes qui se rencontrent, mais bien les deux angles opposés de chaque couronne comme vient de vous le prouver le Dr Sauvez.

Nous ne voyons donc aucun des résultats obtenus jusqu'à présent indiquer cette mutilation précoce.

Cependant dans des cas rares où l'extraction est imposée nous croyons que, pour éviter les vices d'articulation que nous venons de mentionner, il faut faire l'extraction de très bonne heure, entre sept ou huit ans, et non à douze ou treize ans comme le proposent certains auteurs. A cette époque les racines de la deuxième grosse molaire sont en partie formées, par conséquent enclavées dans leur alvéole,

la dent ne pourra donc que s'incliner et non se rapprocher de sa voisine parallèlement à son axe. Si l'extraction a lieu au contraire avant que les racines de la deuxième grosse molaire soient entièrement formées, la couronne cheminera et se développera en partie à la place de la première grosse molaire.

A mon avis, il est une extraction préventive qui pourrait être opérée, et qui s'impose même souvent, c'est celle de la dent de sagesse.

Les mêmes causes, les mêmes méfaits peuvent être attribués à la dent de sagesse. Cette troisième molaire a de plus à son actif, lors de son éruption, des accidents multiples, qui sont fréquemment d'une grande gravité, en tout cas toujours douloureux. De plus cette dent est, d'après les statistiques, vouée à la carie non moins souvent que la première grosse molaire. Enfin c'est une dent qui est en voie de régression tout au moins dans la race blanche.

Cependant nous hésitons à l'extraire. Avant de parler de son extraction, on tente toute la thérapeutique médicale et chirurgicale. Pourquoi cela ? Parce que nous nous adressons à des sujets qui ont vingt ans et plus, et qui, font à notre demande une réponse le plus souvent négative. Tandis que pour le pauvre enfant qui n'a pas de volonté à émettre les partisans de l'extraction primitive peuvent l'opérer à leur aise ; n'y a-t-il pas là un abus ?

Je termine, Messieurs, en disant avec vous, que cette dent de sept ans doit être conservée le plus souvent possible, à part de rares exceptions ; que le rôle du dentiste est aussi d'enseigner aux familles à ne pas confondre cette dent avec celles qui sont temporaires, ce qui arrive malheureusement trop souvent, et enfin de faire soigner les dents des enfants dès l'âge de quatre ou cinq ans.

M. Heïdé. — Je ne répondrai rien au sujet de ce qu'a dit M. Siffre, car mon ami Godon l'a parfaitement réfuté.

A l'égard de M. Meng qui dit que M. Förberg avait choisi des modèles, je dirai que M. Förberg est loin de choisir des modèles : il a fait rechercher des modèles d'une façon extrêmement loyale au musée de Stockholm, et il a recherché les personnes encore vivantes à qui appartenaient ces modèles ; ce ne sont pas des bouches choisies, ce sont des bouches recherchées avec une loyauté extrême.

M. Meng. — Il n'est pas question ici de la loyauté de notre honorable confrère, mais on croirait qu'il a fait un choix, car il y a cinq ou six modèles appartenant à des sujets qui présentaient certainement des accidents du côté des voies respiratoires.

M. Lemerle. — Je partage la plupart des idées de mes collègues, mais si vous voulez obtenir ce que dit M. Siffre, il faut faire l'extraction avant l'apparition de la dent de douze ans.

M. Loup. — Je veux combattre les idées de M. Siffre, sur un

point, c'est que l'on cherche à présent à vouloir supprimer la dent de six ans pour faciliter l'évolution de la dent de sagesse ; or, je tiens à ce que l'on conserve la dent de six ans le plus longtemps possible, pour donner le développement nécessaire au maxillaire. De plus si nous commençons à faire des extractions aux enfants, nous nous préparons à les mal soigner plus tard.

M. Frey. — Pour la conservation de la dent de six ans, je suis de l'avis de M. Godon qu'il faut être conservateur, mais je ne suis pas de l'avis de MM. Godon et Förberg quand ils disent que la carie de la dent de six ans est moins fréquente que celle de la dent de douze ans, et de la dent de sagesse, que par conséquent ce serait la dent de sagesse qu'il faut enlever ; c'est la dent de six ans qui se carie le plus facilement pour des raisons multiples que nous avons énumérées, l'on retrouve partout cette dent cariée fréquemment, la dent de douze ans se carie comme toutes les autres dents et n'a pas de raisons spéciales de se carier davantage, tandis que la dent de six ans a des raisons locales. On voit donc que, tout étant de l'avis de ces confrères pour la conservation de la dent de six ans, je m'en éloigne au point de vue d'une question de détail : la fréquence très grande de la carie de cette dent ainsi que de la dent de sagesse pour les raisons multiples que tout le monde connaît.

M. Godon. — Je propose à la Société de voter cette proposition : Il n'y a pas à l'heure actuelle d'indication spéciale de l'extraction de la dent de six ans.

M. Roy. — A moins d'un avis formel de la Société, et bien que je sois absolument partisan du principe posé par M. Godon, je ne mettrai pas cette proposition aux voix, parce que je trouverais absolument fâcheux que notre Société émît des votes sur des questions scientifiques. Ces votes ne signifient rien et peuvent se retourner plus tard contre nous. Sachons conserver notre liberté et n'oublions pas que l'erreur d'aujourd'hui peut être la vérité de demain.

Je me félicite de l'ampleur qu'a prise cette discussion, où nous avons eu l'avantage d'entendre défendre avec chaleur et conviction de part et d'autre les deux opinions contradictoires. Lorsqu'on n'entend qu'une cloche on n'entend qu'un son et la discussion manque d'intérêt ; ce n'est pas ce qui a manqué à cette importante discussion. Cette question de l'extraction est ancienne, mais c'est Andrieu qui a le premier bien posé la question. Il y a une distinction à établir entre les partisans de l'extraction de la dent de six ans. Les uns, comme M. Andrieu, sont d'avis d'extraire la dent de six ans dans le but de faire de la place à la dent de sagesse ; les autres, la pratiquent d'une façon générale pour combattre les irrégularités dentaires. Dans son mémoire, Andrieu dit que la dent de six ans doit être considérée embryologiquement et pratiquement comme une dent temporaire plutôt que comme une dent

permanente, qu'elle doit par conséquent être enlevée pour faire place à la dent de sagesse. Il a établi des statistiques très intéressantes pour montrer que, dans les bouches où la dent de six ans existe, la dent de sagesse avait mal évolué et était presque toujours cariée, tandis qu'au contraire elle était fréquemment saine dans les bouches où manquait la dent de six ans; c'est là un des points intéressants de la théorie d'Andrieu. D'autres auteurs, ai-je dit, sont partisans de l'extraction de la dent de six ans, pour une autre raison : ils la préconisent d'une façon systématique dans tous les cas où il y aurait des irrégularités dentaires, c'est l'opinion de Pietkiewicz par exemple. Voilà donc deux points de vue différents : d'une part, extraction de la dent de six ans en vue de favoriser l'éruption et d'éviter la carie de la dent de sagesse; d'autre part, extraction de cette dent en vue de corriger des anomalies dentaires.

Dans la discussion qui a eu lieu ce soir, un premier point me paraît très nettement établi, c'est celui concernant l'opinion que l'extraction de la dent de six ans peut être faite dans un but orthopédique; je crois que partisans et adversaires de l'extraction ont été unanimes pour reconnaître que c'était là une intervention dont les résultats étaient à peu près illusoires.

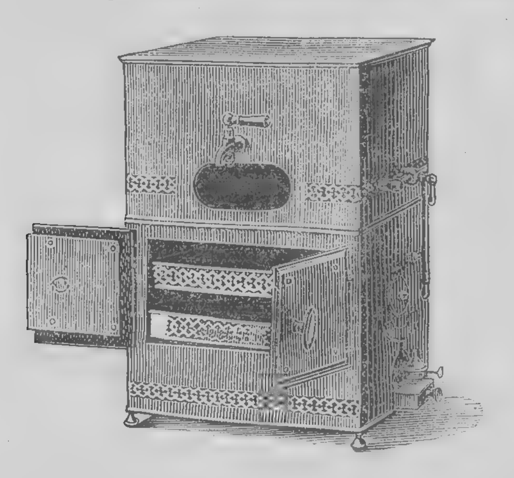
Reste la seconde théorie, celle d'Andrieu. Je suis très heureux à ce propos de ce qu'a dit M. Sauvez qui s'est placé surtout au point de vue anatomique, point qui ne devrait jamais être perdu de vue dans cette question.

Il y a dix ans une discussion semblable à celle que nous avons ici avait lieu à la British Dental Association et j'en avais fait l'objet d'un petit travail de mise au point dans la *Revue Internationale d'Odontologie* dans lequel je retrouve entre autres ces quelques considérations par lesquelles, si vous le voulez bien, je terminerai ce débat.

Il est un point qui doit tout d'abord être très nettement établi, c'est que, contrairement à l'avis émis par quelques confrères, le contact des dents entre elles n'est pas une mauvaise chose, c'est au contraire un état absolument physiologique. Il importe aussi au plus haut degré de ne pas transformer sous prétexte d'orthopédie des molaires en canines ou incisives, ainsi que cela est bien montré par les coupes présentées par M. Davenport dans un travail à ce sujet où il montre aussi que la dent de six ans est un des facteurs les plus importants de la mastication. Nous devons enfin nous préoccuper par-dessus tout de conserver ou de restituer à la bouche son intégrité anatomique, ce doit être là le but de tous nos efforts. Il ne faut pas oublier, par conséquent, que, entre deux organes tels que le maxillaire et les dents, ce qu'il faut chercher à modifier ce doit être surtout le maxillaire, organe modifiable, plutôt que le système dentaire, organe immuable.

IV. Présentation d'une étuve, par M. Touvet-Fanton au nom de M. Arnold.

M. Touvet-Fanton présente une étuve du modèle ci-joint, faite, sur



les indications de M. Arnold, par la maison Dureau, qui veut bien en offrir un spécimen à l'Ecole.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Touvet-Fanton.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE CONGRÈS DENTAIRE DE MUNICH

4 au 8 août 1902.

Rapport présenté au nom de la délégation de l'Ecole dentaire de Paris, par J. Masson.

Le *Central Verein Deutscher Zahnärzte* avait cette année choisi la capitale de la Bavière comme lieu de ses réunions.

Les membres du Comité avaient eu l'heureuse idée d'ouvrir à cette occasion une exposition odontologique, qui, disons-le d'abord, riche en collections variées et de toute nature, a réservé aux visiteurs la plus agréable surprise et n'a pas été un des points les moins intéressants du Congrès.

L'ouverture de cette exposition, le dimanche 4 août, réunit tous les congressistes dans la salle des fêtes de l'Académie royale de Bavière. Le président du Comité, le professeur Dr Walkhoff de Munich, souhaite la bienvenue en quelques mots aux nombreux exposants et confrères, puis remercie vivement, au nom des congressistes, le président de l'Académie royale des sciences de sa haute protection grâce à laquelle le *Central Verein Deutscher Zahnärzte* a pu se trouver sur le même pied que les autres sociétés savantes de la ville.

Pendant les quelques jours qu'a duré l'exposition, nombreux ont été les visiteurs. Nous essayerons d'y jeter un rapide coup d'œil, trop rapide peut-être, car ce sont toutes les vitrines les unes après les autres qu'il faudrait passer en revue pour être complet et nous avons vu tant et tant de choses vraiment dignes d'intérêt qu'il nous semble difficile d'en négliger aucune. L'idée avait été excellente d'exposer, à côté des procédés nouveaux et des découvertes modernes dans l'art dentaire, une collection rétrospective des plus anciens instruments employés dans notre art. Nous signalerons en particulier une collection très variée de pinces, poussoirs, pélicans, du Dr Angerer, de Munich, ainsi qu'une série d'obturateurs de toute nature pour perforations palatines et voiles du palais ; la collection du professeur Busch, de Berlin, n'est pas dénuée d'un certain intérêt : appareils anciens en hippopotame, collection de dents

anciennes, appareils variés se fixant aux dents saines à l'aide de fils, toutes choses rares et pleines d'intérêt pour le praticien.

L'École dentaire de Paris avait elle aussi fourni largement son contingent à cette exposition rétrospective et contribuait, dans une large mesure, à la rendre digne d'attention. Le riche musée de l'École avait été dépouillé de ses plus rares et de ses plus curieuses collections d'instruments anciens si bien catalogués et si minutieusement rassemblés par M. Lemerle, le conservateur du musée.

Notre attention est attirée par la vitrine suivante extrêmement intéressante du Dr Hans Rugner, de Breslau. Elle schématise pour ainsi dire, en une série de modèles et de travaux, tout ce que le praticien est à même d'exécuter en dentisterie et en prothèse. Sur une série de dents montées sur socle de plâtre, l'élève peut se rendre compte d'une manière précise de la façon dont une aurification doit être menée ; il peut suivre, grâce à une série de modèles, la graduation successive et les étapes par lesquelles elle doit passer pour être menée à bonne fin.

A côté, chaque variété de dents à pivot est représentée par un modèle et un type spécial : dent de Bonwill, de Richmond, de Muriam, de Weston, de Litch, de Brown, de Melotte, etc. Une série de couronnes, de travaux à ponts des plus simples, jusqu'à des combinaisons très variées, bridges mobiles, talons articulaires en gencive continue, est pour le visiteur une source de précieux renseignements.

La prothèse est aussi fort bien représentée par des appareils avec *continuous-gum* et une série de dentiers avec irrégularités ; cependant cette branche spéciale de notre art semble être un peu délaissée et c'est l'impression générale qui émane de la visite d'ensemble de l'exposition : pauvreté en travaux prothétiques proprement dits. Il semble que tous les efforts se soient concentrés sur les travaux de laboratoire et sur la dentisterie.

A côté, et comme pour compléter, une collection vraiment remarquable des modèles d'enseignement pour couronnes et bridges du Dr Port, d'Heidelberg. Et c'est là, à notre avis, une chose particulièrement intéressante. Sur des dents en bois d'une dimension énorme les différents travaux de prothèse de cabinet ont été exécutés. C'est d'abord une couronne mobile sur la dent qui la supporte de telle façon que la préparation classique et rationnelle de la racine ou de la dent saute d'elle-même aux yeux, mieux que ne sauraient le faire comprendre les explications verbales les plus précises et les plus complètes. La dent de Richmond, si classique chez nos voisins, y est représentée de la même façon, ainsi qu'une série de bridge-works de difficultés graduées et de conceptions variées.

Ainsi la préparation, le coiffage des racines, le placage des dents

artificielles, le mode d'ajustage pour qu'elles ne soient pas en contact direct avec la gencive, etc..., chaque point particulier justifie sa raison d'être.

Une magnifique collection du Dr Arkövy montre de grosses dents mesurant à peu près une quinzaine de centimètres de hauteur et destinées à frapper l'imagination de l'élève par des idées nettes et précises. Ces dents présentent des caries situées sur tous les points de l'organe où on peut le plus fréquemment en rencontrer et elles sont graduées par ordre de fréquence. A côté, une série de coupes de dents aussi volumineuses, nous montre microscopiquement toute les altérations pathologiques qui peuvent atteindre la dent, la pulpe ou le ligament. A la plupart de ces modelages schématiques est joint un petit médaillon placé sur le piédestal qui supporte la dent. Ce médaillon renferme la reproduction micrographique d'une coupe de la partie malade. Il est certain que ces modèles d'enseignement qui s'adressent aux yeux peuvent être d'un grand secours au professeur et l'aider notablement dans sa tâche pédagogique. L'excellence du schéma pour l'étude des sciences médicales est donc bien reconnue de nos voisins qui en ont fait même une application ingénieuse à la dentisterie opératoire. L'enseignement se condense en cet adage : frapper les yeux et développer la mémoire visuelle.

La vitrine du Dr Zsigmondy, de Vienne, présente un intérêt particulier et un sujet d'étude très attrayant par ses coupes de dents très variées et fort bien présentées, ainsi que par plusieurs coupes verticales de maxillaires dans lesquelles on peut se rendre compte d'une façon très précise de l'évolution des deux dentitions. Elle contient une série d'anomalies dentaires, d'odontomes coronaires et radiculaires curieux par leur rareté, ainsi qu'une série de modèles représentant des cas de malposition des dents de sagesse qui complètent la collection.

Dans la section d'histologie, le Dr Rômer, privat docent à l'Université de Strasbourg et vice-président du *Central Verein*, a exposé un nombre infini de préparations de tous genres. Il passe en revue dans ses nombreuses séries de lamelles toutes les affections qui peuvent atteindre les dents et les tissus paradentaires. Le nombre des préparations est considérable et représente toutes les lésions que le praticien a journellement devant les yeux avec leurs modulations cliniques si nombreuses et si diverses. Malheureusement il était difficile d'apprécier et de tirer tout le parti voulu de ce travail colossal, car on avait omis, chose presque incompréhensible, d'y joindre un microscope. Cependant des projections nombreuses, accompagnées d'explications commentant chaque préparation, ont permis aux congressistes d'apprécier et d'admirer le travail aride et assidu de notre savant confrère le Dr Rômer.

Nous signalerons aussi dans la même section les nombreuses photomicrographies du Dr Walkhoff, de Munich, sur le développement des dents, leur histologie normale et pathologique.

Le professeur Dr Miller, de Berlin, avait exposé une série de préparations microscopiques : d'énormes coupes sèches de dents d'éléphant, des coupes de dents humaines et de dents d'animaux ; des préparations de maxillaire entier par coupe dure verticale. Une remarquable et rare collection d'anomalies dentaires de toute nature et de cas de résorption radiculaires ; ainsi qu'un grand nombre de travaux de dentisterie opératoire exécutés par les élèves de l'École de Berlin.

Peu de travaux de prothèse orthopédique, très peu même ; quelques types de redressements avec modèles avant et après la réduction, sans désignation de l'appareil employé. Séduisante cependant une vitrine qui expose une grande variété de modèles avec les combinaisons de l'appareil d'Angle ; mais c'est un musée d'appareils, sans résultats probants à l'appui. Il n'en faut pas moins louer l'habile praticien qui a su imaginer et combiner ces vis et ces écrous minuscules, véritable petite serrurerie d'art qui nous semble bien difficile à utiliser dans le milieu buccal ! La prothèse restauratrice est aussi bien faiblement représentée : quelques nez et oreilles en celluloïd du professeur Walkhoff, des cas de fractures avant et après réduction, de Sauer, de Berlin, des obturateurs pour fissure palatine et vélo-palatine, un cas de prothèse nasale du Dr Stickler, de Breslau, etc.

Mais, chauvinisme à part, cette prothèse nous semble bien pâle auprès de celle de notre confrère Delair, de Nevers, et les vitrines où sont exposés ses appareils de restauration et son voile à clapets, ainsi qu'une série de modèles de redressement de M. Martinier avant et après l'intervention, et deux cas de restauration faciale du même auteur, sont très regardés par les visiteurs, qui demandent amples explications et ne ménagent pas leurs éloges et leur admiration.

Les divers travaux envoyés par l'École dentaire de Paris avaient été à dessein réunis dans la même vitrine.

Unique, croyons-nous, la collection complète des différents appareils pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur, depuis la gouttière simple, jusqu'aux appareils de Martin et de Martinier en passant par la gouttière en tôle d'acier estampée et l'appareil de Kingsley. Plusieurs cas de fractures du maxillaire avant et après l'intervention du Dr Roy et de M. Martinier montrent les résultats magnifiques du traitement prothétique dans cette question si passionnante et tant à l'ordre du jour.

M. le professeur Richard-Chauvin avait envoyé une série d'émaux parfaitement exécutés par les élèves du cours de quatrième année. Légèrement scellés à la cire dans des cavités préparées dans des

dents naturelles, ils sont d'une exécution impeccable et si conforme à notre conception esthétique qu'il semble difficile de mieux faire.

Très commenté et remarqué l'ensemble des travaux des élèves de première année au cours des leçons préparatoires à la dentisterie opératoire. Le Dr Roy s'efforce de laisser voir aux collègues qui le lui demandent dans quel but a été créé cet enseignement préparatoire ; il fait ressortir tout le fruit que les élèves sont à même d'en retirer et insiste sur ce point qu'à l'École dentaire de Paris l'étudiant commence à travailler sur des appareils fantômes et que les malades ne lui sont confiés que lorsqu'il a justifié de connaissances suffisantes.

Aussi bien de tout ce que nous avons vu se dégage nettement cette impression que la prothèse, surtout la prothèse des maxillaires et la prothèse restauratrice, est bien œuvre française et reste bien telle, grâce aux travaux de dentistes qui ne reculent devant aucune peine pour faire avancer sans cesse cette partie si difficile et pourtant si intéressante de notre art. C'est bien là l'impression finale que nous donne cette belle exposition qui synthétise les derniers travaux scientifiques touchant l'art dentaire en Allemagne et les remarquables travaux de nos confrères sur l'anatomie, l'histologie et la bactériologie dentaires.

Captivante et intéressante par la diversité de ses collections, la salle de l'exposition, pendant sa première journée d'ouverture, avait attiré la majorité des congressistes. Une réunion plus intime avait lieu le soir même dans une des salles de la fameuse Brasserie royale de Munich et leur permettait de faire plus ample connaissance. C'est vraiment un spectacle peu banal que celui de cette brasserie unique dans le monde entier, où se battent les records de consommation de bière. Une vaste cour entourée de tous les côtés par une large galerie, et partout, sur des tonneaux dans la cour, sur d'immenses tables, sous les galeries, grouille une foule sans cesse renouvelée et buvant d'énormes cruches de bière. Et à tous les étages la scène se renouvelle, la classe sociale des buveurs s'élevant seulement avec les étages.

Les réunions du Congrès ont eu lieu à l'Académie Royale des Sciences pour les présentations et lectures de travaux et à la nouvelle École dentaire de Munich pour les démonstrations pratiques — beaucoup trop peu nombreuses malheureusement. Cette école, très bien organisée et construite d'après les idées les plus modernes, donne aux étudiants tous les moyens désirables pour faire de bonnes études.

Sise au milieu des autres cliniques de chirurgie, l'École présente bien l'aspect d'un local construit dans un but déterminé. Les sous-sols contiennent un laboratoire de radiographie, muni des appareils

les plus perfectionnés, un laboratoire de bactériologie vaste et fort bien aménagé et un atelier de prothèse pour les travaux de vulcanite et de plâtre. Le rez-de-chaussée, légèrement surélevé, est destiné aux salles de cliniques et de dentisterie opératoire. De larges vitraux fermant toute la cloison extérieure y répandent une vive lumière et fournissent à l'opérateur le maximum d'éclairage qu'il puisse désirer. A chaque fauteuil à pompe est adjoint un crachoir-fontaine à eau courante ; plusieurs fauteuils même sont munis de tours électriques ; la salle est carrelée et à chaque angle se trouvent de nombreux lavabos qui lui donnent bien l'aspect de la salle d'opération rêvée. Le pourtour est garni de placards hauts, spacieux, numérotés et correspondant à un numéro de fauteuil de façon à ce que chaque étudiant ait son fauteuil et son placard déterminés; il en est de même pour le laboratoire de prothèse, où chacun conserve toujours la même place.

Un escalier en pierre donne accès au premier étage où se trouvent les laboratoires d'histologie et de bactériologie, qui possèdent chacun de belles collections. Enfin le reste de l'étage est occupé par un laboratoire de prothèse où se font les seuls travaux de métal. Parfaitement éclairé, avec de nombreux tours, dont quelques-uns marchent à l'électricité, des presses à estamper, etc., il comporte l'aménagement désirable pour les travaux les plus délicats.

(A suivre.)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

SINUS ET SINUSITES MAXILLAIRES, *anatomie, physiologie, pathologie et traitement, par J. de Croës, chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris. Paris, A. Maloine, éditeur,* 1902, 1 *vol.* 238 *p.*

Le livre de M. de Croës est divisé en trois parties : anatomie et physiologie, pathologie, traitement.

Après avoir successivement passé en revue l'historique, l'embryologie, l'anatomie descriptive, la muqueuse de l'antre d'Highmore, l'auteur consacre un chapitre aux anomalies du sinus : il décrit avec soin les cloisonnements du sinus et ajoute aux cas connus de sinus cloisonnés l'observation personnelle d'un crâne qui présente ses deux sinus maxillaires divisés en deux cavités par un cloisonnement vertical. J'approuve fort M. de Croës d'avoir dénommé les parois et les bords du sinus d'après leurs rapports, paroi orbitaire, au lieu de paroi supérieure, bord alvéolaire au lieu de bord inférieur ; ce mode de dénomination est excellent pour classer les rapports dans la mémoire. La description de l'orifice normal et celle de l'orifice accessoire sont claires et remplies de détails intéressants. Un long chapitre est consacré aux rapports du plancher du sinus avec les dents : l'auteur fait remarquer avec raison que les chiffres de Bourgeois, qui, par exemple, attribue une épaisseur d'un millimètre à la cloison osseuse qui sépare la deuxième grosse molaire du sinus, n'ont qu'une valeur relative puisqu'ils n'ont été établis que d'après un seul crâne. Il vaut mieux baser ces rapports d'après leur fréquence d'infection du sinus et dire, avec M. de Croës et nombre d'auteurs, que la première et la deuxième molaire, la deuxième prémolaire ont le rapport le plus direct avec l'antre d'Highmore.

Cette première partie du livre de M. de Croës se termine par quelques considérations sur l'anatomie comparée et les fonctions du sinus maxillaire.

La deuxième partie traite des sinusites maxillaires et elle commence par une définition du mot sinusite, terme que, comme l'auteur, je préfère à ceux d'empyème, d'abcès, de catarrhe, etc. ; toutefois je voudrais ajouter à la définition le mot « inflammatoire » pour bien indiquer la nature infectieuse de l'affection dont il s'agit. Le

chapitre étiologie est l'un des meilleurs de l'ouvrage et la division des facteurs étiologiques en : infection directe, propagation de voisinage, et manifestation locale d'une cause générale, est absolument justifiée. C'est dans ce chapitre que l'auteur rappelle que les causes dentaires sont, pour les sinusites, de beaucoup les plus fréquentes parmi toutes les autres ; il aurait pu, à propos des causes nasales, parler du rôle attribué par certains rhinologistes aux polypes muqueux de l'orifice de l'antre d'Highmore. Les symptômes sont l'objet d'une bonne description et nous trouverons tous d'utiles renseignements sur ces symptômes, particulièrement sur les signes de certitude : cathétérisme, ponction exploratrice, lavage explorateur, manœuvres dont le manuel opératoire est clairement exposé. L'auteur admet trois variétés de sinusites : catarrhale, phlegmoneuse et fongueuse et il établit le pronostic de chacune de ces variétés, dont le diagnostic différentiel est souvent difficile. Après avoir parlé de ce que le Dr Maure appelle les faux empyèmes, M. de Croës passe en revue les accidents consécutifs aux sinusites et il rappelle d'intéressantes observations d'infections orbitaires venant compliquer des sinusites maxillaires et en assombrir le pronostic.

Le traitement des sinusites occupe la dernière partie du livre de M. de Croës. Les divers modes d'ouverture de la cavité de l'antre sont analysés rapidement, et l'auteur nous montre sa prédilection en décrivant très longuement la méthode de Luc : ouverture par la fosse canine pour le curettage des parois de l'antre, et drainage par un orifice pratiqué à la partie antérieure et la plus déclive de la paroi interne du sinus. Les canules alvéolaires et leurs modes de fixation, le choix du traitement, d'après la gravité de l'infection sinusienne sont intéressants à lire et le seront à consulter.

Le livre se termine par un certain nombre d'observations personnelles dont la plupart présentent des particularités dignes d'être publiées.

En résumé le livre de M. de Croës est une excellente revue de la question des sinusites. Je suis personnellement très heureux de voir un dentiste se livrer à l'étude d'un sujet qui, par ses causes et son traitement, est souvent une question purement dentaire, et je conclus volontiers que l'auteur a fait là non seulement une bonne œuvre, mais encore une œuvre utile. Chef de clinique à l'Ecole dentaire, M. de Croës a montré aux détracteurs de notre Ecole que nous ne sommes pas seulement capables d'enseigner l'art dentaire mais encore que nous pouvons apprendre à nos élèves toute la pathologie paradentaire.

Dr E. Friteau.

Appareil fixe de redressement et de contention des dents par le cordonnet. Mode d'emploi. Par le Dr Cruet.

Sous ce titre l'auteur a publié dans la *Revue de Stomatologie* de juillet 1902 la description et le mode d'emploi d'un appareil de redressement servant en même temps d'appareil de contention.

« Je donnerai simplement, dit l'auteur, quelques indications sur les moyens simples que la pratique met à notre disposition pour le traitement des anomalies de position des dents. » . . . .
. . . .

« Il (l'appareil) consiste essentiellement, dans ce cas, en une plaque de caoutchouc vulcanisé légère et mince P recouvrant exactement le palais et s'appliquant d'une façon précise en se relevant sur le bord à la face interne de toutes les dents. » fig. 1. . . . .
. . . .



L'auteur fixe son appareil aux prémolaires par des cordonnets de soie traversant la plaque de caoutchouc et noués en dedans comme l'indique la fig. 1.

« L'appareil ainsi fixé peut rester en place au moins un mois sans aucun inconvénient et ce n'est rien, s'il doit rester plus longtemps, que de renouveler chaque mois les fils pour le nettoyage. ». . . . .
. . . .

Il sert, grâce aux anses de cordonnet de soie, à ramener les dents à la place qu'elles auraient dû occuper lorsqu'elles sont trop en dehors et si, au contraire, il s'agit de les repousser, parce qu'elles sont trop en dedans, le Dr Cruet fait servir le même appareil, mais en employant comme force agissante des chevilles de bois et même du coton bourré entre l'appareil et la dent (Voir la fig. 2 que j'emprunte encore à la *Rev. de Stomatologie*). Puis, s'il s'agit d'une antéversion des incisives centrales supérieures, avec un appareil du même genre et à l'aide d'anneaux de caoutchouc fixés à des crochets en arrière de la plaque, il rentrera la dent ou les dents placées trop en dehors.

Tels sont dans leurs grandes lignes la description et le but de l'appareil que vient de préconiser le Dr Cruet.

Je ne m'attendais certes pas à trouver une idée géniale dans cet essai d'un stomatologiste vers la prothèse appliquée, une de ces idées qui révolutionnent un art et le font aiguiller vers d'autres horizons. Je pensais que ce n'était qu'une étude laissant la question posée, ce qui nous aurait donné le spectacle réconfortant de voir les stomatologistes se décider à apprendre l'art dentaire.

Il s'agissait d'un appareil fixe alors que l'expérience, les travaux des sociétés professionnelles, ont démontré que la mobilité est obligatoire pour les appareils à plaque.

L'idée était hardie.

Hélas! quelle erreur fut la mienne, c'est bel et bien une indication précise, mais une indication qui procède des vieux errements de l'orthopédie dentaire. Les erreurs y fourmillent et certaines d'entre elles pourraient tout au plus être permises à un étudiant de deuxième année. Tout cela dénote que l'auteur est bien peu familiarisé avec le sujet qu'il traite.

Que n'a-t-il aussi décrit simplement cet appareil dans les neuf pages qui y sont consacrées! L'exposé y eût peut-être gagné en clarté, en méthode aussi, car, sans qu'on puisse se l'expliquer, le Dr Cruet commence, page 322, par « la description simple et très courte du système employé comme moyen contentif, etc. ». Pourquoi commencer par la fin? C'est la charrue avant les bœufs! Il me semble bien cependant qu'en matière de redressement les appareils contentifs sont appliqués lorsque le redressement est accompli.

L'appareil contentif qu'il a décrit est connu depuis cinquante ans, c'est celui qu'emploient nombre de praticiens. La seule modification consiste dans l'emploi de cordonnets pour le fixer à demeure, au lieu des étais généralement employés, c'est-à-dire pour pratiquer ce qui est formellement interdit par les lois de l'hygiène. Ce moyen de fixation enlève à l'appareil le peu de valeur qu'il pouvait avoir et pour un progrès stomatologiste en prothèse....., c'est un progrès.

Quant aux cordonnets de soie, nous savons tous qu'il sont un moyen de redressement quelquefois pratique, mais de peu de durée. En tout cas, il est nécessaire de les changer tous les jours ou tous les deux jours au plus et cela pour plusieurs raisons : 1° parce qu'ils n'ont plus alors aucune action sur les dents à redresser; 2° parce qu'ils s'imprégnent de tous les produits septiques dont la bouche est si riche et qu'ils peuvent être une cause d'infection pour la région au contact de laquelle ils se trouvent : le bord gingival en l'espèce. Ce qui constitue une obligation pour le changement des cordonnets, en constitue une autre pour l'appareil à plaque, qui doit être enlevé et savonné

tous les jours ou tous les deux jours et cela est aussi nécessaire que le remplacement du cordonnet.

Aussi ai-je été surpris de trouver sous la plume de l'auteur d'*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche* l'affirmation que son appareil pouvait rester en place un mois.

Comment un médecin peut-il conseiller de conserver un appareil à plaque un mois dans la bouche sans le retirer pour le nettoyer?

Evidemment, le moyen est simple et il supprime du même coup toutes les recommandations d'hygiène buccale que tout dentiste digne de ce nom doit faire à celui qui porte un appareil, que ce soit un dentier ou un appareil de redressement.

C'était pour l'auteur d'*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche* l'occasion de démontrer comment, dans ce cas particulier, il entendait appliquer cette hygiène. L'occasion était peut-être unique pour lui de prouver, au sujet d'un acte essentiellement du domaine du dentiste, qu'il avait ce *sens médical* grâce auquel l'art dentaire brillera des mille feux du plus pur diamant et qui seul peut permettre, dit-il, *de pénétrer l'intimité ou la valeur des phénomènes...*

Nous appelons cela, nous dentistes, qui n'avons pas le sens médical du Dr Cruet, l'esprit d'observation et cela suffit sans doute, car nous nous serions bien gardés d'imposer à un de nos clients le supplice de conserver un appareil un mois.

Les matières de toutes sortes interposées entre la plaque et la muqueuse peuvent occasionner des désordres graves et si un dentiste s'était permis d'écrire le quart de ce que conseille le Dr Cruet nous aurions assisté, du côté des stomatologistes, à une jolie levée de boucliers.

Il est clair que le Dr Cruet ignore absolument qu'un principe domine la combinaison des appareils d'orthopédie dentaire. Il peut être formulé ainsi : *les appareils de redressement sans plaque doivent être inamovibles et construits de façon à ne donner aucune prise aux détritus buccaux et partant à l'infection. Les appareils à plaque doivent avoir comme condition essentielle la possibilité de nettoyages fréquents et par conséquent l'amovibilité la plus absolue.*

Mais ce n'est pas tout. Les désavantages du procédé étaient suffisamment évidents déjà, l'auteur n'a pas voulu en rester là et, afin de permettre aux désordres de s'étendre, il appelle à présent le coton à son aide.

Il bourre du coton entre l'appareil et la dent à écarter en dehors, le coton s'imprègne de salive, gonfle et repousse la dent. Ce n'est pas plus difficile que cela !

Mais il y a autre chose, ce procédé est blâmable au même titre que les précédents et les conséquences d'un tel acte ont été mécon-

nues par son auteur. Ne sait-il donc pas que le coton imprégné de salive et de produits septiques est dans la bouche un excellent milieu de culture, qu'il fermente rapidement et que cette fermentation, encore accentuée par le voisinage sous l'appareil (qu'on n'enlève que tous les mois) de débris alimentaires en décomposition, est de nature à désagréger rapidement la couche d'émail de la dent au contact de laquelle le coton se trouve bourré. C'est la carie dentaire à brève échéance.

A la page 321 l'auteur dit : « Je n'aurai rien à ajouter sur ce sujet à ce que j'ai dit ailleurs [1] ». Mais il n'a rien dit, ni là ni ailleurs, de la définition, du but, des méthodes de redressement, de la physiologie pathologique, des précautions hygiéniques pendant le redressement. Pour ce qui concerne l'antisepsie pendant le redressement, on peut être fixé par l'article de la *Revue de stomatologie* auquel je renvoie le lecteur [2], car il suffit amplement à démontrer comment il la comprend. Mais pour le reste, il s'est bien gardé de s'égarer dans le dédale de ces difficultés. Pour lui il n'existe que deux appareils : le plan incliné qui date de 1828, du reste abandonné à cause de ses défauts bien connus, mais qui paraissent être ignorés du Dr Cruet, et l'appareil de Gaillard cent fois supérieur à celui qu'il préconise.

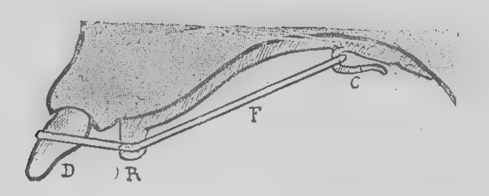
Ce défaut de connaissances en prothèse s'affirme encore davantage lorsque, modifiant son appareil pour la traction en arrière à l'aide d'anneaux de caoutchouc, il place cet anneau sur le plan incliné formé par la direction oblique de la dent, sans prendre aucune des précautions élémentaires pour que ce caoutchouc reste en place, qu'il ne glisse pas au collet. Les moyens de fixation ne manquent pas cependant. Il y a d'abord la bande Magill qui permet de maintenir le caoutchouc en place et surtout il y a une communication très intéressante faite il y a deux ou trois ans à la Société d'Odontologie sur un appareil pour la correction des antéversions et dans laquelle l'auteur, en prothésiste qu'il est, a démontré qu'il est possible d'éviter le glissement d'un anneau de caoutchouc sur la convexité d'une dent humide de salive par une coiffe, munie d'une anse, scellée sur cette dent à l'aide du ciment. On se rendra compte par le simple examen de la fig. 4 que le mode de traction dont se sert le Dr Cruet est identique à celui présenté à la Société d'Odontologie, mais à cette différence près que l'un est pratique et que l'autre démontre chez son auteur l'ignorance la plus complète des conditions de maintien d'un caoutchouc à son point d'application.

Les conséquences du glissement du caoutchouc vers le collet sont au moins aussi graves que les cordonnets infectés. La fig. 4 démon-

---

1. *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche.*
2. *Revue de stomatologie.* Juillet 1902.

trera mieux qu'on ne pourrait le faire la légèreté avec laquelle a été combiné l'appareil du Dr Cruet.



Il y a mieux, car il dit à la page 327 :

« Je n'ai pas besoin de dire que le fait de porter quelquefois rapidement en arrière les incisives pour les mettre en contact avec le bord de l'appareil, ramasse les gencives en un bourrelet plus ou moins épais et saillant qui s'enflamme et devient gênant. Il ne faut point hésiter à le détruire aux ciseaux et au thermo-cautère et cela jusqu'à ce qu'il n'entrave plus les manœuvres de redressement. »

C'est ainsi que l'on agit lorsqu'on est bon stomatologiste.

L'infection est à la porte, sous l'appareil qu'on *maintient un mois dans la bouche*, chaque pression sur l'appareil peut faire jaillir le liquide infecté sur la plaie et propager ainsi l'infection. Qu'importe, ne sommes-nous pas médecins ?

Cette idée de cisailler la gencive alors que le bourrelet peut être évité avec un appareil bien fait doit provenir de la même préoccupation qui faisait dire à l'un des collègues du Dr Cruet qu'il donnait la préférence au procédé de la rotation brusque parce que c'était un procédé chirurgical et qu'étant médecin..... il ne pouvait pas en employer d'autres.

Ce défaut de propreté si souvent constaté dans ce travail, c'est la négation de ce qu'on enseigne dans tous les services hospitaliers et il ne serait jamais venu à l'idée de personne qu'un médecin, ancien interne des hôpitaux, pût la méconnaître à ce point.

Les mânes de Desprès ont dû s'en réjouir.

S'il a voulu, par cette publication dont le besoin ne se faisait nullement sentir, car elle nous recule bien loin en arrière des appareils employés aujourd'hui, s'il a voulu, dis-je, donner un argument de plus à la démonstration de l'inutilité des études médicales pour pratiquer judicieusement l'art dentaire, il a pleinement réussi.

Mais voilà nos élèves obligés d'apprendre une méthode que le simple bon sens réprouve, car ils pourraient être questionnés lors de l'examen par le Dr Cruet et qu'adviendrait-il, s'ils ne répondaient pas

selon sa conception de l'antisepsie? Qu'ils apprennent cela soit; mais je le leur demande en grâce, qu'ils ne l'appliquent jamais.

Lorsqu'un dentiste écrit sur un sujet médico-dentaire, le Dr Cruet prend son air olympien et dédaigneux pour essayer de diminuer la valeur du travail et ridiculiser l'auteur. Je lui laisse à penser le long éclat de rire qui accueille ses productions prothétiques.

Et je regrette qu'il ait eu la modestie de ne pas attacher son nom à son appareil, car vraiment il vaut qu'on le distingue des autres et comme je n'ai pas les mêmes raisons que lui, je propose qu'on l'appelle l'appareil du Dr Cruet.

E. Bonnard.

Un nouvel appareil de redressement.

Nous extrayons d'un article paru dans le dernier numéro de la *Revue de Stomatologie* les passages suivants, qui sont dus à la plume d'un de ses rédacteurs les plus autorisés.

L'article a pour titre : « Observation sur un nouvel appareil de redressement. »

« Pour gagner cette distance énorme de quatre millimètres, je fis l'extension de l'arc maxillaire *à l'aide d'un appareil que je n'ai trouvé relaté nulle part, malgré le soin minutieux que j'ai mis dans mes recherches bibliographiques.*

» Cet appareil, que j'ai appliqué le 6 avril 1902, se compose essentiellement d'un palais en vulcanite divisé par un trait de scie en deux *valves*. Ces dernières sont réunies entre elles : à la partie postérieure par une charnière qui leur permet de s'écarter en éventail ou de se rapprocher ; à la partie antérieure, une vis de Jack, dont chaque écrou est fixé respectivement dans chacune des valves, permet de rapprocher ou d'écarter ces dernières, tournant autour de la charnière, suivant que l'on meut la vis dans un sens ou dans l'autre.

» La rétention de cet appareil se fait d'une façon simple. Il suffit avec une fraise ronde de creuser dans la vulcanite la partie qui correspond au *ventre* des dents, en ayant grand soin de laisser très aiguë l'arête qui marque le collet.

» Grâce à ce petit moyen, quand on écarte les valves, l'application aux collets se fait très exactement et en même temps que l'effort d'écartement se produit, la rétention de l'appareil se fait.

» Il n'y avait pas de jours ni d'heure pour tourner la vis, je voyais ma malade à des intervalles de temps très variables, tous les deux jours, toutes les semaines. Au début surtout, *mes interventions étaient toutes morales*, j'encourageais ma malade à porter son appareil *ailleurs que dans l'écrin* d'où je le voyais surgir. A chaque visite, j'écartais un peu les valves, ce qui d'ailleurs devient nécessaire pour la rétention de l'appareil qui ne tient plus dès que les dents ont cédé à la pression ;

aussi *était-ce la malade elle-même* qui tournait la vis de Jack pour augmenter l'écartement des valves quand elle restait trop longtemps sans venir.

» J'envisagerai seulement, et d'une manière très rapide, les avantages que présente cet appareil amovible *sur tous les autres appareils.*

» *La possibilité de mettre des chevilles de bois pour pousser ou tirer une dent située en dehors de l'alignement, celle d'enlever, avec une fraise, un peu de vulcanite pour en dégager une autre, et cela aussi bien au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur, jointe à celle d'enlever l'appareil pour manger, causer et le nettoyer,* m'ont semblé des conditions nouvelles *dans le redressement des mâchoires et engagé à publier cette observation.* »

Décidément la prothèse fait des progrès sérieux à la *Revue de Stomatologie.*

Nous sommes vraiment heureux de pouvoir les encourager, et nous nous faisons un véritable plaisir d'aider l'auteur dans cette voie, en lui fournissant les quelques renseignements indispensables pour compléter ses minutieuses recherches bibliographiques.

Nous nous permettrons de lui faire connaître qu'il trouvera dans le numéro de *L'Odontologie* du 15 septembre 1900 un appareil, sur lequel il verra appliquée, avec quelques améliorations, fig. 4, 5 et 6, la charnière dont il nous entretient.

Quant à l'appareil par lui-même et à son action, nous n'oserions pas lui recommander la lecture de manuels destinés aux étudiants en dentisterie, persuadé qu'il ne doit pas vouloir les connaître ; nous nous contenterons simplement de lui conseiller de parcourir attentivement les catalogues de fournisseurs pour dentistes; il pourra constater qu'ils contiennent d'amples explications sur les différentes applications de la vis de Jack en orthodontie.

D'autre part, nous appelons, l'attention de nos lecteurs sur le dernier paragraphe de la citation; ils pourront juger, en tout état de cause, de la somme de connaissances que possèdent nos adversaires dans cette branche de l'odontologie.

P. M.

Voir la suite page 376.



NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Les cours de la prochaine année scolaire commenceront le lundi 6 octobre.

Les concours annoncés précédemment pour :
1 poste de chef de clinique de chirurgie dentaire,
1 poste de chef de clinique d'anesthésie,
1 poste de chef de clinique de prothèse, auront lieu le dimanche 9 novembre.

Plusieurs postes de démonstrateurs sont vacants, les candidats doivent adresser leur demande au directeur-adjoint, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............
} 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

22e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

L'IMPORTANCE DE LA PROTHÈSE DANS LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Par M. le Dr MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès annuel du Central Verein Deutscher Zahnärzte tenu à Munich du 4 au 6 août 1902.)

Le but du travail que j'ai l'honneur de vous présenter n'est pas de faire une étude complète de la prothèse bucco-faciale, car c'est là un sujet qui dépasserait de beaucoup les limites d'une simple communication ; je me propose simplement d'établir, dans ce rapide exposé, les services que peut rendre la prothèse appliquée au traitement des affections chirurgicales de la bouche et des déformations qui résultent de celles-ci ou des opérations dirigées contre elles.

Pour établir la valeur et l'importance de cette prothèse il nous suffira d'indiquer sommairement les divers cas dans lesquels on l'a utilisée et de faire à l'occasion l'examen critique des différents procédés employés, autant toutefois que le permet un sujet semblable, où il serait presque né-

cessaire de traiter la question pour chaque malade en particulier.

Nous étudierons donc successivement l'application de la prothèse dentaire aux perforations palatines, aux pertes de substance des maxillaires, à la prothèse naso-faciale et enfin aux fractures du maxillaire.

Historique. — Les affections chirurgicales des mâchoires et les pertes de substance qui en résultent fréquemment ne pouvaient manquer d'attirer l'attention des dentistes, et leur intervention était tout indiquée pour remédier aux déformations et aux désordres fonctionnels plus ou moins considérables résultant de ces affections ou des opérations chirurgicales dirigées contre elles.

Dans les perforations palatines, qui créent une infirmité si gênante, la prothèse est parfois relativement facile, surtout dans les perforations acquises, où elle donne justement des résultats si remarquables au point de vue fonctionnel. Aussi les perforations palatines ont-elles été les premières pertes de substance des maxillaires qui ont sollicité l'ingéniosité pratique des dentistes.

Ambroise Paré au XVIe siècle nous donne déjà la description et le dessin d'un obturateur et, si l'on consulte les ouvrages des dentistes français du XVIIIe siècle, on voit que la plupart d'entre eux se sont ingéniés à construire des appareils pour remédier aux perforations palatines. Ils donnent des dessins d'appareils qui sont souvent curieux et font preuve chez leurs auteurs d'une certaine habileté mécanique.

Mais cette affection est à peu près la seule dont ils se sont occupés parmi les cas de prothèse chirurgicale.

Cependant nous avons déjà signalé autre part[1] que, au XVIIIe siècle, des chirurgiens avaient demandé le concours de Bunon, dentiste célèbre de l'époque, pour le traitement de deux fractures du maxillaire inférieur et qu'il avait traité ces deux fractures, l'une par l'application de ligatures de soie sur toutes les dents, réduisant et immobilisant ainsi la

---

1. Maurice Roy, *Étude historique sur la thérapeutique dentaire*. Paris, 1900.

fracture, et l'autre en adjoignant à ces ligatures l'application d'un appareil en hippopotame formant attelle, dans un espace dépourvu de dents au niveau même du trait de fracture. La consolidation s'obtint dans les deux cas [1].

Mais, à part ces quelques cas, la prothèse des maxillaires n'était pas pratiquée, et cela pour deux raisons: d'abord à cause de la rareté de beaucoup d'opérations chirurgicales, qui n'ont été rendues possibles que par l'anesthésie, l'hémostase et l'antisepsie, et ensuite à cause de l'imperfection des matières employées en prothèse ; le caoutchouc vulcanisé est, à cet égard, une des acquisitions les plus précieuses qu'ait faites la prothèse chirurgicale.

Aussi, n'est-ce que depuis la seconde moitié du XIX[e] siècle que les dentistes ont commencé à s'occuper de la prothèse chirurgicale de la face et des maxillaires. C'est surtout en France que cette prothèse a pris son développement et nous citerons notamment les noms de Préterre et de Delalain, dont les collections figurent à l'École dentaire de Paris, et qui des premiers s'occupèrent de cette branche de la prothèse et à qui l'on doit nombre d'appareils ingénieux.

Depuis une vingtaine d'années, cette prothèse a pris un développement considérable et est arrivée à des résultats que l'on peut sans exagération qualifier de merveilleux. C'est, nous devons le dire sans fausse modestie nationale, particulièrement en France que cette branche de la prothèse s'est développée et l'école de prothèse française est heureuse de compter parmi ses membres M. Claude Martin, de Lyon, qui, non seulement par cette remarquable méthode de prothèse immédiate qu'il a créée, mais aussi par ses travaux dans toutes les parties de la prothèse bucco-faciale, et même, vous l'avez vu par sa présentation de tout à l'heure, dans toutes les prothèses même les plus délicates [2], a fait faire à cette branche de notre profession des progrès considérables.

---

1. Bunon, *Expériences et démonstrations pour servir de suite et de preuves à l'essai sur les maladies des dents*, p. 272, 278, in-12. Paris, 1743.
2. Claude Martin, *Sur les larynx artificiels.*

Nous signalerons aussi particulièrement parmi ceux qui se distinguent dans la prothèse bucco-faciale M. Delair, de Nevers, dont quelques-uns d'entre vous ont peut-être vu quelques travaux à Paris et dont certains appareils remarquables d'ingéniosité et d'exécution sont à votre exposition.

Prothèse vélo-palatine.

Comme nous l'indiquons dans les quelques mots d'historique qui précèdent, les perforations palatines sont les premières affections chirurgicales qui ont préoccupé les dentistes. C'est même à un dentiste, Lemonnier, de Rouen, que revient l'honneur de la découverte en 1764 de la staphylorraphie et nous avons vu, au Congrès dentaire international de 1900, un autre dentiste, notre distingué confrère Brophy, de Chicago, venir nous présenter un nouveau procédé de palatoplastie qui est appelé à transformer complètement le traitement chirurgical de cette terrible malformation.

Malheureusement, jusqu'à présent, le traitement chirurgical de ces affections n'est pas toujours possible et la prothèse doit alors chercher à rétablir l'organe que la chirurgie a été impuissante à reconstituer.

Les perforations palatines simples ne présentent généralement pas de difficultés notables; aussi, depuis longtemps, grâce aux matières diverses que possède la prothèse dentaire, parvient-on aisément à combler ces pertes de substance dans des conditions très satisfaisantes avec des appareils se différenciant peu des appareils prothétiques ordinaires.

Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit, non plus d'une perforation palatine simple, mais d'une destruction ou d'une absence congénitale d'une partie du palais et du voile du palais. Si la restauration palatine conserve sa facilité habituelle, la restauration du voile est une question infiniment plus difficile et qui a suscité, de la part des dentistes qui ont traité des cas semblables, de nombreux appareils parfois extrêmement ingénieux. Plus particulièrement, depuis la seconde moitié du XIX[e] siècle, on a proposé une

très grande variété d'appareils pour remédier à cette difformité et nous retrouvons là les noms de Schange, Stern, Hullihen, Sercombe, Buckingham, Kingsley, Parkinson, Préterre, etc., etc.

Dans les restaurations vélo-palatines la difficulté ne réside pas dans l'occlusion de la perte de substance, elle réside tout entière dans la restitution des fonctions phonétiques du voile, dont le rôle est prépondérant dans l'émission des sons. Le problème est loin d'être facile, car, comme vous le savez, si, pour certains sons, il est nécessaire que les cavités nasales et de l'arrière-bouche communiquent entre elles, il est nécessaire pour d'autres que toute communication soit supprimée entre ces deux cavités.

Ce sont ces préoccupations qui ont surtout inspiré de tout temps les prothésistes dans la combinaison des différents appareils qu'ils ont construits, les uns cherchant à combler le vide rétro-nasal, les autres à reconstituer un voile physiologique comme forme et comme mouvement.

Dans ces dernières années M. Cl. Martin a construit des appareils où, par un dispositif ingénieux de poches de caoutchouc creuses, la communication entre les cavités pharyngiennes et nasales était établie ou interrompue suivant les contractions des muscles du pharynx. Il a depuis proposé un appareil à trois volets glissant les uns sur les autres pour rétablir les mouvements du voile.

M. Delair, de Nevers, qui depuis de longues années s'est occupé des appareils pour voile du palais, préconise un appareil dit *voile à clapet*[1], qui consiste en une plaque palatine en or, ce métal donnant, selon lui, un meilleur résultat au point de vue de la résonnance, et à cette plaque palatine est articulé un voile en caoutchouc mou avec un petit caoutchouc formant ressort à la partie supérieure. Mais ce qui fait l'originalité de l'appareil de Delair, c'est la forme et l'étendue de son voile, pour lequel, au lieu de chercher la forme physiologique, il adopte une forme particulière relevée sur

1. Léon Delair, *Voile artificiel à clapet*. *L'Odontologie*, 1902, p. 59.

les bords qui assure l'occlusion complète des fosses nasales quand elle est nécessaire.

C'est un appareil rélativement simple et qui paraît donner des résultats fonctionnels très remarquables, si nous en jugeons par les malades qu'il nous a présentés récemment à la Société d'Odontologie de Paris.

Mais, si un appareil, même médiocre, peut donner de bons résultats au point de vue de la parole dans les divisions acquises du voile, il n'en est pas de même pour les divisions congénitales. Dans ce dernier cas, les rudiments de muscles du voile, des piliers et les muscles du pharynx atrophiés par leur manque d'usage, ne se contractent pas ou le font d'une façon tout à fait incorrecte, en sorte que, même avec un appareil parfait, le résultat au point de vue de la parole est souvent très peu appréciable, ces considérations étant également applicables aux malades opérés avec succès par la staphylorraphie.

M. Delair, frappé de ces faits et ayant remarqué le résultat négatif obtenu par ces malades avec les méthodes orthophoniques ordinaires, a composé une méthode orthophonique particulière qu'il a appliquée avec une patience extrême et grâce à laquelle il a obtenu en quelques mois, chez des malades porteurs de son appareil et atteints de bec-de-lièvre congénital, des résultats qui ont absolument émerveillé tous ceux qui ont entendu ces malades parler.

Nous sommes donc amené à penser que, pour l'instant, l'appareil de Delair avec sa méthode orthophonique constitue le meilleur moyen de traitement de cette affection si pénible pour ceux qui en sont atteints, qui se trouvent privés de relations avec leurs semblables par suite de la difficulté qu'ils éprouvent à se faire comprendre.

En somme, les dentistes ont le droit de revendiquer une place d'honneur dans le traitement des perforations de la voûte palatine, puisque c'est à l'un d'eux que l'on doit l'idée du traitement chirurgical, si ingénieusement perfectionné ces dernières années par un autre de nos confrères, et qu'enfin c'est à eux uniquement que revient le mérite de son traitement prothétique auquel il va être possible de

joindre une méthode orthophonique dont je regrette de ne pouvoir vous faire constater les résultats merveilleux.

Prothèse des maxillaires.

La prothèse des maxillaires, contrairement à la prothèse vélo-palatine, est de date récente et les travaux de Préterre et de Delalain sont les premiers travaux notables qui peuvent être cités à cet égard.

Mais, depuis cette époque, cette prothèse, ainsi que la prothèse bucco-faciale, a pris un développement considérable, tout particulièrement sous l'influence des si remarquables travaux de M. Cl. Martin, de Lyon, qui ont fait faire à cette prothèse des progrès considérables.

C'est certainement dans cette branche de la prothèse chirurgicale que s'est déployée au plus haut degré l'ingéniosité pratique des dentistes. C'est cette catégorie de restauration qui a fourni à M. Cl. Martin l'occasion de créer une prothèse toute spéciale, la *prothèse immédiate*, innovation qui a ouvert des horizons tout nouveaux, non seulement à la prothèse buccale, mais aussi à la prothèse chirurgicale en général, ainsi que l'ont déjà montré quelques applications d'ordre général qui en ont été faites.

Il nous faut considérer séparément la prothèse tardive et la prothèse immédiate.

Prothèse tardive. — La prothèse tardive se propose de réparer les pertes de substance des maxillaires et des parties avoisinantes après cicatrisation complète.

Mais, comme on le sait, la disparition d'une partie plus ou moins considérable de maxillaire entraîne des désordres plus complexes qu'une simple perte de substance. Ces désordres sont dus pour la plupart à la rétraction cicatricielle qui diminue d'une façon plus ou moins notable le volume de la cavité buccale, entraîne des déformations faciales plus ou moins graves et détermine enfin, lorsqu'il s'agit du maxillaire inférieur, des déviations considérables des parties restantes de l'os. A tout cela viennent s'ajouter certains désordres accessoires comme la rétrocession ou la déviation de

la langue et des troubles de la phonation et de la mastication qui ne font jamais défaut.

La prothèse tardive doit donc non seulement obvier à la perte de substance, mais aussi lutter contre les complications qui l'accompagnent, car si celles-ci n'étaient pas corrigées préalablement, cela rendrait la prothèse très difficile, quelquefois même impossible, et en tout cas en rendrait toujours les résultats infiniment moins parfaits.

Nous n'entreprendrons pas de décrire les appareils de prothèse des maxillaires, car c'est là une tâche beaucoup trop étendue pour le cadre de ce travail qui doit forcément se tenir dans le domaine des considérations générales, d'autant plus que ces appareils peuvent varier à l'infini et que c'est plutôt la description d'observations particulières et d'appareils particuliers qu'il faudrait faire ici.

Les désordres varient naturellement suivant qu'il s'agit de résection du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur ; dans le premier cas on aura à lutter surtout contre la rétraction cicatricielle et la déformation faciale qui l'accompagnent ; dans le second on aura également à s'occuper des mêmes désordres, mais le point qui dominera la solution du *problème prothésique*, si je puis m'exprimer ainsi, c'est la déformation résultant de la déviation du fragment ou des fragments restants du maxillaire inférieur entraînés par la rétraction cicatricielle.

Pour venir à bout de ces difficultés multiples, pour assurer la rétention de ces appareils généralement lourds et volumineux, le dentiste a besoin d'une grande patience et souvent d'une grande ingéniosité mécanique. En ce qui concerne particulièrement les déviations osseuses et cicatricielles, les travaux de M. Cl. Martin ont encore apporté des améliorations considérables au traitement de celles-ci, ainsi que cela a été bien mis en lumière par la thèse de M. F. Martin, qui a montré les résultats remarquables qui peuvent être obtenus par l'application systématique de la traction continue, soit par des tractions élastiques, soit par des appareils lourds et de plus en plus volumineux, ainsi que

le montrent quelques-uns des appareils que j'ai l'honneur de vous présenter ici et particulièrement ceux de mon ami M. Martinier, le distingué professeur de prothèse à l'École dentaire de Paris.

Prothèse immédiate. — Nous avons vu les désordres qui accompagnent les pertes de substance des maxillaires; la prothèse immédiate, dont la création est due entièrement à M. Cl. Martin de Lyon, se propose de prévenir tous ces désordres en remplaçant immédiatement les parties enlevées par un appareil reproduisant aussi exactement qu'il est possible la forme et la dimension de celles-ci. Ce procédé consiste essentiellement, comme chacun sait, à placer, immédiatement après la section de l'os, un fragment de maxillaire en caoutchouc vulcanisé d'une grandeur correspondant à celle de la partie enlevée, qui est fixé, généralement à l'aide de vis, sur les fragments restants de l'os réséqué.

L'innovation apportée par M. Cl. Martin est certainement une des choses les plus remarquables en matière de prothèse des maxillaires. En donnant aux parties molles un soutien, un guide durant la période de cicatrisation, cette prothèse assure un minimum de déformation et parfois un rétablissement fonctionnel de l'organe presque immédiat, en même temps qu'elle permet d'éviter, comme dans les résections de la partie antérieure du maxillaire inférieur, la rétrocession de la langue.

Nous avons montré, dans notre thèse inaugurale [1], en étudiant la tolérance des divers tissus de l'organisme pour les corps étrangers, que le principe de la méthode de Cl. Martin était absolument rationnel et que les appareils placés dans ces conditions pouvaient parfaitement être tolérés. Néanmoins nous ne pensons pas qu'il faille exagérer les choses et avoir la prétention d'inclure à demeure dans l'épaisseur des tissus un arc métallique reliant deux parties du maxillaire, à moins que cette opération ne soit faite par

1. Maurice Roy, *Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur.* Paris, 1894.

une voie strictement extra-buccale. L'appareil en effet ne peut se comporter dans la bouche comme il le ferait dans une autre région, en raison de sa communication forcée avec la cavité buccale et de la pénétration de corps plus ou moins septiques et de nombreux micro-organismes à son contact. C'est pourquoi cette première pièce fixe ne doit rester en place que jusqu'à cicatrisation complète et doit être remplacée à ce moment par un appareil amovible.

Pour combattre l'infection résultant du contact de l'appareil avec le milieu buccal, Cl. Martin a imaginé de disposer à l'intérieur de l'appareil des canaux permettant l'irrigation de la plaie d'une façon parfaite et d'en assurer ainsi la désinfection.

En ce qui concerne les résections du maxillaire supérieur, les résultats de la prothèse immédiate sont certainement intéressants, mais ils sont loin de présenter les avantages considérables qu'ils offrent dans les résections du maxillaire inférieur, où ce procédé assure des résultats infiniment supérieurs à tout autre.

Pour notre part, nous ferons au sujet de cette méthode encore nouvelle quelques observations résultant de notre expérience personnelle.

Nous confirmerons la nécessité, maintes fois répétée par l'auteur de la méthode, de confectionner le premier appareil aussi volumineux qu'il est possible, seule condition qui permette la pose d'un appareil amovible suffisamment volumineux. Nous appuierons avec lui sur la nécessité de laisser le moins longtemps possible (pas plus de quelques minutes), les appareils prothétiques hors de la bouche, les modifications dues à l'élasticité de la cicatrice se produisant avec une rapidité extrême. Par contre, nous différons d'avis avec Cl. Martin en ce qui concerne le temps pendant lequel il convient de laisser l'appareil primitif fixé, temps que ce praticien considère comme devant être de plusieurs mois.

En effet, les canaux creusés dans l'appareil assurent au début le lavage de la plaie d'une façon parfaite et rendent à ce moment de réels services ; mais, au bout d'un

temps relativement court, malgré des lavages minutieux et répétés, ils ne tardent pas à être bouchés par des bourgeons charnus qui, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, entraînent de la suppuration. Il convient donc, à notre avis, de rendre ce premier appareil mobile le plus rapidement possible, et cela dès que la cicatrice cutanée sera assez solide pour permettre sans inconvénient les manœuvres nécessaires à la mobilisation de l'appareil, qui, ses canaux étant bouchés, sera remis immédiatement en place et traité alors, au point de vue de son nettoyage et de celui de la plaie, comme un appareil ordinaire. C'est là, pensons-nous, un point très important ; nous l'avons déjà signalé dans la thèse dont nous parlions plus haut et nous sommes aujourd'hui plus pénétré encore de l'importance de cette pratique.

Ayant à parler de la prothèse immédiate dans ce petit travail d'ensemble, nous en avons profité pour présenter ces quelques observations. Mais nous sommes heureux aussi de dire à ce propos toute l'admiration que nous ressentons pour l'auteur de cette méthode prothétique et pour ses si remarquables travaux.

Voulant rester dans le domaine de la prothèse strictement bucco-faciale, nous ne voulons pas parler des incursions faites dans la prothèse d'autres organes par quelques-uns de nos confrères ; cependant je ne puis manquer de vous signaler deux cas particulièrement intéressants : d'une part, celui de M. Michaëls qui, appliquant la prothèse immédiate de Martin à une résection de l'humérus, a obtenu un résultat tout à fait digne de nouvelles tentatives (Vous avez pu voir le modèle de son appareil dans la vitrine de l'École dentaire de Paris) ; d'autre part je vous signale, d'un mot seulement, puisque l'auteur lui-même vient de vous en parler, le larynx artificiel de M. Cl. Martin dont nous avons pu apprécier le résultat fonctionnel absolument remarquable à Paris, lorsque le malade porteur de l'appareil nous a été présenté à la Société d'Odontologie de Paris.

Prothèse faciale.

La prothèse faciale se confond à peu près avec la prothèse tardive des maxillaires, car les restaurations faciales qui intéressent plus particulièrement le dentiste sont, en effet, celles où il existe concuremment une destruction plus ou moins considérable de l'un des maxillaires ou de tous les deux et dans lesquelles les opérations autoplastiques ne sont pas possibles.

Si la prothèse des maxillaires varie déjà considérablement suivant les cas, la variété est encore bien plus grande pour la prothèse de la face. Les pertes de substance sont comblées avec des appareils en céramique, comme le fait M. Cl. Martin, ou en caoutchouc mou peint suivant le procédé de M. Delair, en y adjoignant, suivant le cas, des organes accessoires tels que œil artificiel, barbe, etc. Le problème le plus difficile pour la prothèse faciale est surtout la rétention de l'appareil et son application constante dans tous les mouvements au contact des parties latérales. C'est là qu'il faut particulièrement déployer toutes les ressources de l'ingéniosité mécanique et c'est dans la solution de ces difficiles problèmes que M. Cl. Martin et M. Delair particulièrement ont exécuté des travaux merveilleux au point de vue de l'ingéniosité et de la précision mécanique.

Ce qu'il y a de certain là encore, ce sont les services éminemment précieux que rend la prothèse dentaire, avec les ressources variées dont elle dispose, dans tous ces cas de mutilation généralement épouvantables qui font des malheureux qui en sont atteints des objets d'horreur pour leurs semblables. C'est un grand honneur pour les dentistes de pouvoir dans ces cas rendre l'existence possible à des gens que leur situation horrible au point de vue social peut conduire au suicide.

Prothèse nasale. — La prothèse nasale se rattache directement à la prothèse faciale. Cependant une mention spéciale doit être faite pour elle en raison des tentatives qui ont été faites pour reconstituer, à l'aide d'une charpente mé-

tallique, un plan résistant devant servir de soutien aux lambeaux autoplastiques, combinant ainsi la prothèse et l'autoplastie. Cette idée ingénieuse est encore due à notre savant confrère Cl. Martin, dont le nom revient sans cesse dans tout ce qui touche à la prothèse chirurgicale.

Toutefois si, dans ces cas, les résultats immédiats sont souvent satisfaisants, il en est rarement de même dans l'avenir par suite du contact avec l'extérieur de la charpente métallique qui peut amener l'altération des points d'implantation et la chute de la carcasse. Cependant on peut obtenir parfois par ce procédé des résultats durables puisque M. Cl. Martin a pu citer dans un travail paru en 1899 deux cas notamment où son appareil était encore en place et en parfait état quinze et vingt ans après la rhinoplastie [1].

C'est pour remédier à l'inconvénient du contact de la charpente métallique avec l'extérieur que différents auteurs ont proposé de faire la rhinosplatie sur charpente métallique en plaçant celle-ci entre deux plans cutanés, la mettant ainsi, elle et ses points d'union, complètement à l'abri de toute infection ultérieure. M. le professeur Berger, de Paris, avec notre concours, a répété avec succès cette opération dans un cas de rhinoplastie totale. Il s'agit là d'opérations particulièrement délicates, mais qui présentent les meilleures conditions de succès dans l'avenir.

Fractures des maxillaires.

Bien que, dans les fractures des maxillaires, la prothèse n'intervienne généralement pas pour remplacer un organe détruit ou absent, ce qui est son rôle ordinaire, le traitement de ces fractures mérite néanmoins de figurer dans un travail sur la prothèse chirurgicale, en raison de l'importance considérable qu'offrent pour le traitement de ces affections les ressources variées de la prothèse dentaire.

---

1. Cl. Martin, *De la rhinoplastie sur charpente métallique. Revue de chirurgie*, 1899, p. 189.

Fractures du maxillaire inférieur.

De même que les autres fractures, les fractures du maxillaire inférieur furent, jusqu'à ces derniers temps, traitées presque exclusivement par les chirurgiens et il n'est pas exagéré de dire qu'il n'est pas de fracture qui leur ait donné autant d'insuccès et d'aussi mauvais résultats thérapeutiques que les fractures de la mâchoire inférieure.

Je n'en veux pour preuve que les observations publiées par les chirurgiens et les descriptions que l'on trouve dans les traités de chirurgie, même de date assez récente.

L'intervention du dentiste dans ces fractures a complètement changé la face des choses et, grâce à celui-ci, elles ont perdu tout caractère de gravité tant au point de vue de la rapidité de la guérison qu'au point de vue du rétablissement parfait des fonctions de l'organe lésé.

Aujourd'hui l'on doit poser en fait que, sauf de très rares exceptions, *le traitement de la fracture du maxillaire inférieur appartient au dentiste exclusivement.*

En effet, de même que toutes les fractures, celles du maxillaire peuvent se traiter de deux façons : soit par l'application d'un appareil immobilisant les fragments en bonne position, soit par la suture osseuse (encore celle-ci s'accompagne-t-elle fréquemment de la pose d'un appareil d'immobilisation).

Or, il est facile de démontrer les inconvénients de la suture osseuse appliquée aux fractures du maxillaire inférieur ; ils peuvent être résumés ainsi :

1° Difficulté d'exécution en raison de la région atteinte et de la direction habituelle du trait de fracture ;

2° Infection opératoire impossible à éviter (contre-indication formelle de la suture osseuse) ;

3° Impossibilité absolue de rétablir exactement l'os fracturé dans sa forme primitive, d'où résulte forcément une impotence fonctionnelle plus ou moins grande par engrènement anormal des dents des deux mâchoires ;

4° Risques opératoires inhérents à toute intervention de ce genre.

La suture osseuse doit donc être rejetée dans la très grande majorité des cas ; les seuls cas qui en sont justiciables, et ces indications n'ont rien d'absolu, sont ceux où il n'existe plus de dents à la mâchoire inférieure, ceux où la fracture siège à l'union de la branche montante et de la branche horizontale de l'os, et encore là le traitement imaginé par Martin par le maintien de l'*attitude bouche ouverte* lui est-il supérieur ; enfin elle peut être employée dans les fractures atypiques comme celles observées dans les grands délabrements, où l'on peut être amené à combiner plusieurs modes de traitement tels que la gouttière, la suture, la fronde, etc.

La suture osseuse devant donc être écartée d'une façon générale, l'application d'un appareil contentif intra-buccal constitue par conséquent le traitement normal de la très grande majorité des fractures du maxillaire inférieur. Il est donc rationnel que le traitement de cette fracture revient de droit au dentiste, lui seul étant apte à confectionner cet appareil et à pratiquer les diverses manœuvres qui précédent et qui suivent la pose de celui-ci, notamment la réduction de la fracture, basée, comme chacun sait, sur la recherche des surfaces d'engrènement normal des dents.

C'est pourquoi, comme nous le disions plus haut, le traitement des fractures du maxillaire inférieur n'est entré dans une voie normale que du jour où les dentistes s'en sont occupés et ont imaginé les divers appareils dont je vous montre là un exemplaire des principaux types, qui peuvent présenter chacun des indications particulières (je ne parle pas, bien entendu, des appareils de Houzelot et de Morel-Lavallée, qui ne peuvent offrir qu'un intérêt historique).

C'est d'abord la gouttière simple qui, exécutée soit en métal, soit en caoutchouc, répond au plus grand nombre des indications.

L'appareil de Gunning qui peut convenir particulièrement aux cas de fractures du maxillaire inférieur com-

pliqués de fracture de la mâchoire supérieure. Dans les autres cas il a l'inconvénient d'être volumineux et difficile à faire très exactement. La gouttière que nous avons composée nous-même autrefois [1] et qui est basée sur le même principe nous paraît préférable dans les cas limités où l'on jugerait devoir recourir à cet appareil qui se combine alors avec le port d'une fronde.

L'appareil de Kingsley a l'inconvénient de gêner considérablement le malade et de n'assurer qu'une pression très inégale, mais il rend parfois des services en cas de fractures s'accompagnant de plaies cutanées étendues.

C'est également à ce dernier desiderata que se propose de satisfaire l'appareil de C. Martin de Lyon, dans lequel la gouttière intra-buccale est reliée à une gouttière-mentonnière par un ressort qui assure le maintien en bonne position de la pièce buccale. Cet appareil, grâce aux volets que présente la pièce mentonnière, facilite grandement le traitement des plaies cutanées sans nécessiter le déplacement de l'appareil, ce qui nuit toujours à une prompte consolidation. Toutefois la pression exercée par le ressort de l'appareil de Martin est surtout marquée en avant avec tendance au soulèvement de l'appareil à la partie postérieure, défaut contraire à celui de l'appareil de Kingsley, où l'appareil a tendance à se soulever à la partie antérieure.

C'est en vue de remédier à cet inconvénient que mon excellent confrère M. Martinier, professeur de prothèse à l'École dentaire de Paris, auquel je dois la confection de la plupart de ces différents types d'appareils, a imaginé cette modification de l'appareil Martin qui fait exercer la pression plus en arrière et bilatéralement au niveau des premières prémolaires. C'est là un avantage notable; mais cet appareil, ainsi que celui de M. Martin, par sa complication même, n'en reste pas moins un appareil d'exception.

C'est en somme la gouttière simple qui, bien employée et

---

1. Maurice Roy, *Un cas de fracture double de la mâchoire inférieure. Rev. Int. d'Odontologie*, 1892, p. 44.

maintenue en bonne position par des cals interdentaires ou tout autre moyen, rencontrera le plus d'indications et permettra de traiter le plus grand nombre des fractures du maxillaire inférieur, et cela avec le minimum de danger, d'ennui, de gêne et de douleur pour le malade qui peut même, s'il le veut, reprendre au bout de peu de temps ses occupations habituelles en s'alimentant d'une façon presque normale. Quel traitement offre des avantages aussi considérables, surtout si l'on joint, à tous ceux que nous venons d'énumérer, le rétablissement dans les meilleures conditions possibles de l'engrènement normal des dents qui assure l'intégrité fonctionnelle de la mâchoire?

Dans les cas compliqués, un des autres appareils que nous signalions ou tout autre appareil qu'un dentiste ingénieux et adroit est capable d'exécuter, suivant les particularités du cas traité, permettra, dans les mêmes conditions, d'obtenir la guérison avec le minimum d'ennui et un résultat fonctionnel parfait.

Fracture du maxillaire supérieur.

Beaucoup moins fréquentes que les fractures du maxillaire inférieur, les fractures du maxillaire supérieur ont, de ce fait, naturellement moins appelé l'attention des dentistes; elles n'en sont pas moins de leur ressort toujours pour les mêmes raisons que celles que nous avons exposées pour le maxillaire inférieur, leur traitement étant basé sur l'emploi d'un appareil contentif que le dentiste seul est apte à confectionner et à placer d'une façon convenable dans la bouche.

Dans les différents cas qui peuvent se présenter, soit l'appareil de Gunning, soit l'appareil de Graefe combiné avec une plaque palatine, permettront, comme dans un cas intéressant présenté au Congrès de Paris en 1900 [1] d'obtenir la

1. J. Bouvet, *Présentation d'appareil pour fracture double du maxillaire supérieur.* 3e Congrès dentaire international. Paris, 1900.

guérison dans d'excellentes conditions. Il suffit de savoir se conformer aux diverses indications fournies par la diversité des cas en présence desquels on peut se trouver, mais pour la solution desquels le dentiste est mieux armé que quiconque.

Tels sont donc, très rapidement et succinctement indiqués, les principaux cas dans lesquels la prothèse dentaire peut jouer un rôle important pour le traitement des affections chirurgicales de la bouche et de la face. Vous m'excuserez de la longueur de cet exposé, que j'ai cependant fait le plus court possible; mais sa longueur même montre l'importance considérable du rôle du dentiste comme auxiliaire du chirurgien et le rôle important qu'il peut jouer auprès de malades qui, outre qu'ils sont affligés d'une infirmité généralement très grande, se trouvent souvent placés, du fait des délabrements qu'ils présentent, dans une situation sociale des plus pénibles, se faisant horreur à eux-mêmes et à leurs semblables. Rendre la vie sociale et physiologique possible à de tels malades est une des plus belles œuvres auxquelles un dentiste puisse se consacrer; aussi, j'espère qu'un nombre sans cesse plus grand de nos confrères se consacrera à cette branche spéciale de notre art pour le plus grand progrès de la prothèse chirurgicale et le soulagement de l'humanité.

SUR LES LARYNX ARTIFICIELS

Par le D[r] Claude Martin, de Lyon.

Communication faite au Congrès de Munich le 4 août 1902.

Si la chirurgie doit être reconnaissante à Billroth d'avoir le premier introduit dans la pratique l'ablation totale du larynx, une part de cette reconnaissance doit aller aussi à Gussenbauer, qui essaya de compléter la tentative de son maître en imaginant le premier larynx artificiel qui ait été substitué à l'organe enlevé.

Rendre la parole à des malades que l'opération vouait fatalement à une grave infirmité était une tentative admirable, que son auteur sut mener à bien, non pas certes d'une façon parfaite, mais du moins d'une façon satisfaisante pour un premier essai.

Bien que, par la suite, quelques opérés eussent pu recouvrer, sans appareil, une sorte de parole chuchotée, c'était un résultat immense que d'avoir pu restituer à ces malades la parole à voix haute, et de leur avoir rendu de nouveau la vie sociale possible. Le larynx artificiel de Gussenbauer était sans doute loin d'être parfait, et ce dernier, d'ailleurs, a su en faire la critique et poser les principes sur lesquels devait être basée la construction de ces appareils.

C'est sur ces mêmes observations, et aussi en s'appuyant sur des considérations toutes personnelles que von Bruns, en 1881, réussit à améliorer beaucoup le larynx artificiel imaginé par Gussenbauer, notamment en formant la canule laryngienne de segments articulés s'adaptant mieux aux mouvements du pharynx, — puis en fermant cette canule au moment des repas au moyen d'un bouchon empêchant la pénétration des aliments dans la trachée, — et enfin en substituant à l'anche métallique au timbre désagréable une anche en caoutchouc qui donne un son plus doux.

Depuis von Bruns jusqu'à Julius Wolff, de nombreuses modifications furent apportées aux larynx artificiels, mais ce furent plutôt des complications que des améliorations.

Le larynx de Foulis, celui de Labbé et Cadier n'étaient guère plus avantageux que celui de Gussenbauer. D'autres chirurgiens, au lieu d'utiliser le courant d'air expiré par les poumons, se servaient d'air comprimé au moyen d'une poire exprimée par la main (larynx d'Aubry) ou d'un soufflet mu par le bras et pressé contre le thorax (Hochenegg). D'autres, renonçant à la canule pharngienne, conduisaient les vibrations dans la cavité pharyngienne au moyen d'un long tube pénétrant par le nez ou par la bouche (Gluck, Hochenegg, Störk). Ces instruments étaient dès lors bien plus des machines à parler que de véritables larynx artificiels, différant dans leur principe et dans leur exécution des règles tracées par Gussenbauer.

C'est à Julius Wolff qu'on doit d'avoir, après von Bruns, apporté de réelles améliorations à la construction des larynx artificiels, et l'on ne saurait trop admirer l'étude qu'il en a faite en 1892, ainsi que l'ingéniosité de son malade, que sa profession rendait pour Wolff un auxiliaire précieux.

Les progrès réalisés par Wolff consistaient surtout dans l'impossibilité presque complète de la pénétration des mucosités et de la salive dans l'appareil, ce qui permettait le fonctionnement de celui-ci pendant des heures et des journées entières. Dès lors le patient pouvait soutenir une longue conversation. C'était là un progrès énorme sur l'appareil de Gussenbauer dont l'épiglotte artificielle fonctionnait mal. Wolff parvint à ce résultat en fermant par en haut la canule pharyngienne au moyen d'un tamis qui s'opposait au passage des substances solides ou visqueuses ; mais pendant la durée des repas il utilisait toujours le bouchon de von Bruns.

D'autre part, il allongea la canule phonatrice et raccourcit la canule laryngienne, si bien que l'anche vibrante se trouvait presque sous le tamis, condition essentiellement favorable à la résonnance. Julius Wolff serait même parvenu à permettre au malade de modifier à volonté la hauteur du son.

Néanmoins, jusqu'à présent, malgré les heureux perfec-

tionnements apportés aux larynx artificiels, aucun de ces appareils ne permettait aux malades de boire et de manger sans supprimer la canule phonatrice et sans oblitérer la canule pharyngienne au moyen du bouchon de von Bruns.

J'ai eu moi-même, l'année dernière, à construire un larynx artificiel pour un malade ayant subi la laryngectomie totale pour un rétrécissement syphilitique du larynx. J'ai dû, pour arriver au résultat que je vous présente, passer par les mêmes vicissitudes que mes prédécesseurs. J'ai eu du moins la satisfaction de construire un appareil permettant à mon malade, non seulement de parler à voix haute, mais encore de boire et de manger, l'appareil restant en place, et sans qu'il y eût à retirer la canule phonétique et à obturer la pièce pharyngienne.

Tout d'abord, en me guidant sur cette idée déjà émise par Gussenbauer qu'il y a avantage, pour l'ampleur du son, à avoir une canule se rapprochant le plus possible du volume de l'organe enlevé, j'eus soin de mettre en place, aussitôt après l'opération, un appareil en caoutchouc mou, de volume à peu près égal au larynx enlevé. Cet appareil, substitué en quelque sorte au larynx, s'opposa, pendant la période de réparation, à la rétraction cicatricielle, et j'évitai ainsi la sténose qui se serait fatalement produite.

Cet appareil temporaire, véritable prothèse immédiate du larynx, me permit de réserver, jusqu'au moment de la cicatrisation complète, l'espace nécessaire à l'appareil définitif. Ce dernier ne fut substitué à l'appareil temporaire que lorsque la cicatrisation fut tout à fait terminée.

Le larynx artificiel que j'ai construit est ainsi constitué :

1° Une canule trachéale sur laquelle est fixé l'appareil phonateur au moyen d'un anneau dans lequel passe cette canule ;

2° L'appareil phonateur, formé de trois parties :

a) Une caisse de résonnance ayant à peu près le volume du larynx normal, mais aplatie d'avant en arrière. Cette caisse est fermée par en haut au moyen d'une toile métal-

lique fine destinée à empêcher la pénétration des substances solides dans la caisse ;

b) Une anche vibrante montée sur un tube métallique à section rectangulaire ; celui-ci présente sur ses faces antérieure et postérieure des volets de caoutchouc formant soupape, qui s'ouvrent pendant l'inspiration et se ferment dans l'expiration, obligeant alors le courant d'air expiré à passer tout entier dans l'anche vibrante.

Celle-ci est constituée par un tube de caoutchouc mince tendu transversalement, par conséquent aplati dans le sens antéro-postérieur, et limitant, à son extrémité supérieure, une fente transversale de 25 mm. de longueur, ce qui donne au son émis une grande puissance ;

c) Un tube œsophagien qui se détache de la paroi postérieure de la caisse de résonnance à sa partie tout à fait inférieure et déclive, et qui, passant à cheval sur l'éperon trachéo-œsophagien, descend dans l'œsophage. A sa partie inférieure ce tube est fendu en un double bec de flûte qui fait valvule et s'oppose au passage des liquides dans le larynx artificiel dans les mouvements de régurgitation ou de vomissements.

Enfin une collerette de caoutchouc souple entoure la pièce pharyngienne et, s'appliquant sur les parties voisines, empêche la stagnation des liquides autour de l'appareil et leur donne une direction vers l'œsophage.

Les modifications que j'ai apportées au larynx artificiel offrent les avantages suivants :

1° Elles permettent au malade d'inspirer largement par la bouche et le nez. Le courant d'air inspiré traverse la toile métallique et ouvre largement les volets de caoutchouc du tube rectangulaire portant l'anche vibrante ;

2° Elles permettent au malade de boire et de manger sans toucher à son appareil, de parler, par conséquent, pendant son repas. En effet, au moment de la déglutition, les substances solides sont retenues par la toile métallique. Les liquides tombent à travers celle-ci dans la caisse de résonnance, mais non dans l'anche vibrante, dont les lèvres sont fermées et qui, d'ailleurs, est isolée au centre de la caisse.

Ils viennent donc se réunir dans la partie déclive de la caisse et là s'engagent dans le tube œsophagien qui les conduit dans l'œsophage. La trachée est par conséquent à l'abri de toute pénétration de corps étrangers.

Comme vous le voyez, messieurs, les modifications apportées au larynx artificiel sont actuellement suffisantes pour permettre au malade de parler et de manger en même temps, sans crainte d'accidents. Le patient peut soutenir une conversation aussi longue qu'il le désire, et il ne manque plus, pour que la perfection soit atteinte, que de pouvoir modifier à volonté la hauteur du son, afin de se rapprocher le plus possible de la voix naturelle.

Dans le larynx que j'ai présenté, j'ai déjà obtenu une grande amélioration, au point de vue de l'ampleur de la voix, grâce à la forme de l'anche et surtout grâce à l'étendue de la surface vibrante, ainsi qu'à la forme et au volume de la caisse. C'est cette étendue de la surface de vibration qui, je l'espère, me permettra d'apporter le dernier perfectionnement à ce genre d'appareils, c'est-à-dire la modulation de la voix.

Depuis quelque temps, j'ai, avec la collaboration de mon fils, entrepris quelques expériences pour obtenir le résultat cherché. Aujourd'hui, nos recherches sont assez avancées pour nous permettre de vous dire qu'il est possible de donner au larynx artificiel une voix dont la souplesse et l'harmonie se rapprocheront beaucoup de la voix naturelle, et cela de façon tout automatique, sans que le patient ait à intervenir. Ce mécanisme, en effet, sera enfermé dans la partie pharyngienne et fonctionnera par le simple jeu des muscles restants de la cavité pharyngienne.

La seule condition nécessaire pour obtenir ce résultat est précisément celle sur laquelle j'ai déjà insisté, c'est-à-dire la nécessité de réserver le plus de place possible pour pouvoir employer un appareil de gros volume permettant d'avoir une anche vibrante d'une grande surface.

De plus, pour que le résultat soit toujours parfait, il sera nécessaire d'étudier chaque appareil sur le malade même auquel il sera destiné.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*)
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
45, r. de la République, Lyon.
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session
Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Samedi 9 août.

2e SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. SAUVEZ, président.

M. Sauvez lit un télégramme d'excuses de M. Alaux (de Toulouse), empêché d'assister à cette séance, puis il donne la parole à M. Fayoux pour la communication suivante :

LE CIMENT-TRAITEMENT POUR LES CARIES DOULOUREUSES DU SECOND DEGRÉ

Par M. FAYOUX (de Niort).

Messieurs, mes chers confrères,

Je vous demande la permission de vous entretenir un instant d'un ciment que j'emploie depuis cinq ou six ans et dont j'ai retiré les plus grands avantages.

J'ai toujours été l'adversaire des petits cotons comme pansements ; aussi ai-je été heureux le jour où j'ai pu les remplacer par une pâte qui ne durcit, il est vrai, qu'au bout de 20 à 30′, mais qui, néanmoins peut s'appliquer immédiatement dans les cavités dentaires, sans être pour cela diluée ou désagrégée par la salive.

Cette pâte, comme je me propose de vous le démontrer lundi matin à Toulouse, durcit dans l'eau, et par conséquent dans la salive ; elle ne se laisse pas pénétrer par les liquides

et atteint un degré de dureté analogue à celui d'une bonne gutta-percha ; elle est aussi facile à retirer d'une dent que la gutta elle-même.

Elle a d'ailleurs comme cohésion une telle ressemblance avec cette dernière que, lorsqu'on l'enlève à la fraise ou à la rugine, on se demande parfois si ce n'est pas une gutta.

Cette pâte, que nous nommerons le ciment-traitement, sert surtout à obturer d'emblée, pour une durée de huit jours, quinze jours, trois semaines, un mois, plusieurs mois, les caries douloureuses du second degré.

Nous l'employons par exemple lorsque nous nous trouvons en face d'une carie à dentine pathologique tellement douloureuse que nous ne pouvons y toucher avec un instrument.

Après un simple lavage antiseptique d'une de ces caries, nous y appliquons le ciment-traitement pour une durée que nous fixons à notre patient.

Nous avons ainsi tout d'abord le plaisir de soulager immédiatement celui-ci. Et plus tard, après enlèvement de ce ciment provisoire, nous avons la satisfaction de constater que cette dentine molle s'est desséchée, durcie, et qu'elle se laisse cette fois enlever sans causer de douleur.

Si la douleur se produit exceptionnellement, elle est toujours très supportable.

La préparation de la cavité terminée, nous pouvons remettre, si nous le jugeons nécessaire, une petite quantité de ce même ciment-traitement dans le fond de cette cavité pour éviter la conductibilité d'un amalgame ou d'une aurification, absolument comme on le ferait avec un ciment ordinaire.

Il nous arrive même fréquemment d'employer cette nouvelle préparation comme antiseptique, et comme non conductrice pour toutes les cavités un peu profondes, chaque fois que nous obturons d'emblée, et vous comprendrez tout de suite, messieurs, toutes les combinaisons qu'on peut faire ainsi, lorsque je vous aurai dit que ce ciment-traite-

ment est simplement composé d'*acide eugénique* et d'oxyde de zinc *sublimé*.

On peut également l'utiliser pour recouvrir tous les pansements et en particulier ceux d'acide arsénieux, parce qu'il donne une occlusion complète et qu'il se laisse enlever avec une grande facilité.

On peut également s'en servir pour recouvrir les pansements dans les quatrièmes degrés, de la même façon que nous nous servons de la gutta.

L'acide eugénique ou eugénol n'est autre chose que l'essence de girofle oxydée à l'air ; mais il faut surtout prendre garde que, si l'on employait l'essence de girofle, la pâte resterait pâte, il n'y aurait pas combinaison et par conséquent pas de ciment.

Je prie tous mes confrères présents de m'excuser de leur présenter une communication d'une si grande simplicité ; j'ai désiré surtout leur faire connaître et leur démontrer le côté pratique de cette méthode, et pour eux et pour leurs patients.

Je suis convaincu que ce ciment agit par son eugénol, qui est un puissant antiseptique, non caustique, et par l'oxygène qu'il fait dégager lentement à l'oxyde de zinc en se combinant. Je dis lentement parce que la combinaison est lente à se faire, et c'est ce qui expliquerait que ce ciment ne devient pas très dur.

Mais je laisse à d'autres le soin de nous éclairer au point de vue scientifique.

J'aurais pu m'étendre longuement sur ce sujet, mais je l'ai jugé inutile, convaincu d'avance que la pratique vous enseignera mieux qu'une longue théorie fastidieuse.

M. Sauvez remercie M. Fayoux et lui adresse ses félicitations.

3e SÉANCE DE SECTION A 2 HEURES

Présidence de M. Sauvez, président.

NOUVELLE DENT ARTIFICIELLE

Présentée au Congrès de Montauban par M. Blatter,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris,

Au nom de M. Evslin, D.D.S.

Je suis chargé par M. Evslin D.D.S. de vous présenter une innovation qui semble devoir faire époque dans la dentisterie opératoire et la prothèse dentaire. Je ne vous cacherai pas que c'est avec une véritable appréhension que j'ai assumé un rôle nouveau pour moi et une tâche dont je mesure toute la difficulté.

Je me suis demandé si le jeune et modeste professionnel saurait tenir un langage digne d'une assemblée dont la plupart des membres sont des sommités de notre art.

Déjà hautement honoré de prendre la parole au Congrès pour l'Avancement des sciences, je suis, en outre, heureux et fier que ce soit au nom de M. Evslin, car lorsque vous connaîtrez tout à l'heure l'invention dont il a pensé vous établir juges, vous le tiendrez à coup sûr non seulement pour un spécialiste éminent, mais encore pour un esprit à la fois ingénieux et innovateur, qui recueillera vos suffrages et qui conquerra parmi vous d'unanimes sympathies.

Vous lui ménagerez d'autant moins ces avantages précieux que c'est avec une intention bien arrêtée et point par occurrence qu'il a choisi votre assemblée pour y rendre publics ces travaux, je dirai même pour vous en faire hommage.

Quelque risque qu'il pût encourir, il a donc attendu le Congrès de Montauban afin de prendre date et de ne recevoir que de vous la consécration officielle.

Vous ne serez point insensibles à ce méritoire désinté-

ressement, qui est un nouveau tribut à votre adresse et à l'adresse de notre pays.

Vous n'attendez de moi ni des vues générales, ni de belles phrases dans un sujet d'ordre aussi restreint et d'un caractère tout à fait mécanique. Je veux seulement que mes efforts tendent à la brièveté, à la clarté, à la précision, pour que mon exposé acquière autant qu'il est possible force de preuve. Dans ce but j'appuierai sur la démonstration pratique; je répondrai mieux ainsi, me semble-t-il, à la confiance qu'a bien voulu fonder sur moi mon éminent confrère.

*
* *

Il est indispensable que je trace d'abord un aperçu de l'histoire de la dent artificielle depuis les premières ébauches jusqu'aux dernières modifications modernes, apportées, soit par les dentistes français, soit par les dentistes étrangers.

Ce développement fera d'ailleurs ressortir avec avantage la découverte que je vous soumets et que je considère comme *un nec plus ultra* (j'ose dire le mot).

Les premiers essais de dents émaillées remontent à Fauchard, à 1756 environ. Au lieu de reconstituer telles quelles les dents détruites, ce praticien imagina un dentier en corne d'hippopotame (on les faisait auparavant en os de bœuf, de cheval, etc.) et composé d'une simple base d'ivoire ; ensuite il recouvrit cette base d'une légère plaque de métal et sur le métal l'émailleur peignit des dents du ton voulu, y ajoutant même la gencive au besoin. De la sorte la face visible des dents se trouvait reconstituée.

Bourdet perfectionne déjà cet appareil rudimentaire. Il incruste des dents naturelles sur la base en corne d'hippopotame, il introduit l'usage de l'émail rose pour les gencives artificielles, il va même jusqu'à proposer des plaques d'or pour servir de base aux dentiers et l'emploi de vis pour les dents à pivot.

Mais on est fondé à dire que l'idée de la dent minérale

est due à l'apothicaire Duchâteau, de Saint-Germain-en-Laye. Celui-ci voyant que, d'une part, la dent naturelle privée de réaction vitale était rapidement attaquée par les acides et les germes destructeurs qui abondent dans la cavité buccale, que, d'autre part, la dent taillée dans la corne d'hippopotame, trop blanche d'abord, jaunissait rapidement et même devenait bleue à la longue, qu'en outre elle offrait un désagrément plus grave encore, car elle dégageait au bout de peu de temps une odeur nauséabonde, imagina de construire, pour son usage personnel, un dentier en porcelaine moulé sur celui qu'il portait. Il dut multiplier les expériences sans parvenir à un résultat satisfaisant, à cause de la cuisson, la pâte étant ou trop dilatée ou trop rétractée. La pâte tendre à porcelaine lui donna des épreuves moins mauvaises, mais les meilleures ne valaient encore pas grand'chose.

La collaboration avec le dentiste Dubois de Chémant devait être plus féconde : grâce à certains mélanges de terre spéciale, ils purent cuire des dentiers à la température plus basse du feu de moufles ; ils obtinrent une pièce gris-jaune, de forme à peu près exacte et dont il fut possible de se servir. Plusieurs dentiers que Dubois de Chémant construisit à lui seul furent achetés et portés par des clients illustres. Ils ne se composaient pour la plupart que de quatre à cinq dents au plus.

A la même époque Dubois-Foucou, dentiste du roi, fabriquait des dents à peu près semblables à celles que fabriquait Dubois de Chémant. Fonzi, dentiste parisien, le premier, se servait de petits crampons de platine incorporés dans la pâte non cuite, sur lesquels il soudait, après coup, des pattes à scellement. Fonzi fut aussi le premier à confectionner des dents minérales possédant l'aspect de l'émail naturel.

Durant tout le XVIII[e] siècle les dentistes français furent à peu près les seuls à faire avancer la prothèse et l'art dentaire en général. En Allemagne, Philippe Pfaff moulait des modèles en plâtre pour fabriquer des dents artificielles ; au

lieu de dents mortes ou de dents d'ivoire, il cherchait à utiliser des dents taillées dans de la nacre. Son compatriote Brunner posait des dents artificielles qui, vissées sur pivot, s'emboîtaient exactement dans le canal radiculaire. En 1857 Thiesseng essayait la fabrication des dents minérales, mais échouait dans ses recherches. C'est lui qui recommande pour la construction des pièces de prothèse l'emploi de la LARDITE.

En Angleterre, à part le célèbre Hunter, Blave et Monrœ-Fox, on ne pourrait guère citer alors de praticiens et même de théoriciens qui se soient occupés de la question. Ce pays ne devait conquérir le premier rang, dans la fabrication dentaire, en Europe, que grâce à Dubois de Chémant.

Réfugié à Londres et voisin de la maison C. Ash, Dubois entra en rapports avec cette dernière, dont le directeur n'hésita pas à consacrer d'importants capitaux à des essais de dents artificielles. Ces essais furent nombreux et longtemps inutiles, mais en 1837 le succès récompensa les efforts de l'industriel. Les dentistes purent enfin se procurer des pièces d'un aspect et d'une forme convenables.

Un peu plus tard la maison Ash inaugurait le système des dents à tube dont le succès fut immédiat.

Sur ces entrefaites, l'Amérique commençait à se préoccuper du même problème. En 1817 Planton y avait fait connaître la dent artificielle fabriquée en France; en 1825 Samuel W. Stockton, de Philadelphie, commençait la fabrication à laquelle le Dr White devait apporter des perfectionnements considérables et qui dès cette époque (1846 environ) devait progresser au delà de toute attente. La prépondérance que la France avait acquise en art dentaire durant le XVIIIe siècle passait au Nouveau-Monde, qui peut être considéré, observe avec justesse M. Lemerle, comme le berceau de l'art dentaire moderne. Aujourd'hui l'Amérique fournit au monde entier des produits dont on ne saurait assez louer la perfection, qu'il s'agisse de l'exac-

titude du moulage, de la solidité des pièces, de la transparence de l'émail ou de la délicatesse des teintes.

*
* *

Vous m'excuserez de m'être étendu un peu trop longuement sur cet historique de la dent minérale. Encore un mot sur les différentes couronnes et j'achève cette partie de mon mémoire.

L'idée de remplacer une couronne détruite et de fixer la couronne nouvelle sur la racine qui subsiste est fort ancienne.

Fauchard posait des dents à tenon ; nous avons vu que Bourdet se servait de la vis ; en 1857 Maggiolo, de Nancy, inventait le pivot à tube. La prothèse engagée dans une autre voie par la découverte de l'empreinte devait reprendre le pivot et sa couronne et les perfectionner.

Si nous voulions nous étendre sur ce chapitre, il serait inépuisable. Qu'il suffise de citer comme se ramenant à la catégorie des dents à pivot : la dent Logan, celle de Leech, puis celles de Bonwill, de How, de Weston dont les couronnes ont une forme particulière, enfin pour terminer la dent de Bing, de Peabody, de Foster, d'Howland, de Richmond, de Dubois, de Contenau, de Davis, etc.

A cette profusion de dents minérales et d'autres couronnes que nous étudierons plus loin, M. Evslin vient d'ajouter une unité-type, avec l'ambition d'avoir trouvé ce qu'il fallait trouver.

La « dent moderne » que nous vous présentons, au nom de notre confrère, réalise, d'après notre conviction, un type tout à fait nouveau, destiné à rendre les plus signalés services, un type définitif.

Je ne crains pas de le dire, cette création suscitera une véritable révolution dans la prothèse dentaire en général.

M. Evslin est le premier qui soit parvenu à résoudre le tour de force devant lequel bien des habiles ont échoué : la dent interchangeable amovible et inamovible.

Afin de vous permettre d'apprécier les réels avantages que la dent de M. Evslin présente sur les différentes espèces de dents employées aujourd'hui, il importe d'abord d'établir une comparaison entre la structure de l'une et la structure des autres ; ensuite et après avoir simplement signalé les nombreux ennuis qui résultent de l'emploi des secondes, de faire ressortir les inconvénients graves de la dent à crampons ; enfin de montrer qu'elles sont destinées à disparaître toutes au bénéfice de la « dent moderne ».

Si nous visons spécialement la dent à crampons, c'est parce qu'elle est d'un usage continu et universel. Quant aux autres types de dents (diatoriques, dents à tube, etc.), nous nous bornons à observer que la dent à tube assure, lorsqu'elle peut être choisie, une solidité qu'on ne saurait obtenir de la dent à crampons.

La dent à crampons est fixée à l'appareil par deux points d'attache seulement. Ces deux points sont, mécaniquement parlant, tout à fait insuffisants, parce qu'ils ne sont pas en proportion avec la surface totale de la dent et avec le degré de résistance qu'ils doivent offrir. Prenons un exemple : il n'existe aucune proportion entre les points d'attache d'une incisive du bas et ceux d'une grosse molaire. Qu'en résulte-t-il? Que la dent se détache de l'appareil en laissant ses crampons soit dans la contre-plaque, soit dans le caoutchouc ou bien encore, dans quelques cas plus rares, que les crampons se rompent en leur milieu. Il s'ensuit des réparations très fréquentes qui coûtent aussi bien au dentiste qu'au patient. Si l'appareil est en caoutchouc et qu'il s'agisse d'ajouter ou de remplacer une ou plusieurs dents, de nouvelles vulcanisations en compromettent la solidité, parce qu'elles rendent le caoutchouc cassant. Si l'appareil est en métal et qu'il faille, par suite d'accident, remplacer une dent, les autres dents courent le risque d'être fêlées ou même brisées par le travail de la soudure. Ajoutez à ces inconvénients que, par la haute température que la soudure exige, l'appareil subit un travail moléculaire exagéré et qu'il peut en résulter des modifications et déformations fâcheuses. De plus, la dent à

crampons change inévitablement de couleur après qu'elle a été soudée.

Quant aux couronnes et travaux à pont, les dents du fond, bicuspides et molaires, doivent avoir généralement leur face triturante protégée par un revêtement métallique, de même que le bord coupant des dents de bouche ; ce revêtement protecteur a pour but d'augmenter et de garantir autant qu'il est possible la solidité des dents du bridge contre les chocs de l'articulation. Il en résulte que l'or est trop visible. Par surcroît et malgré ces précautions, les dents cassent.

Comment réparer ces dégâts et à quel prix ? La soudure des dents au pont lui-même compromet fort chaque unité d'un bridge étendu. Qu'une ou deux dents craquent ou éclatent sous l'intensité de la chaleur, voilà pour l'opérateur un travail long et délicat à reprendre de toutes pièces. Combien de praticiens, après avoir scellé un pont, n'ont-ils pas éprouvé la désagréable surprise de voir leur patient revenir avec une dent cassée, détachée !

En pareil cas, la seule ressource est de desceller le bridge. Or ce descellement ne se borne pas à faire encourir les plus grands risques au pont lui-même et à ses points d'attache, mais le patient endure un cruel martyre pendant ce travail difficile et même dangereux.

Je vous demanderai encore si vous connaissez rien de plus désagréable, de plus compromettant qu'une fracture de couronne, le pivot dans la racine et la contre-plaque fixée au pivot ?

L'emploi des dents à pivot, quelle que soit d'ailleurs la couronne employée, nous expose chaque jour aux déboires les plus divers.

D'ingénieux travaux ont bien été accumulés, mais les meilleurs n'ont pas donné le résultat attendu. A cette heure aucune autre dent n'a pu remplacer la dent à crampons. Pour appuyer cette dernière affirmation, nous citerons en une revue rapide quatre de ces tentatives, celle du Dr Mason, celle de Cassuala, celle de Freeschen-Schlager et celle du Dr Roach, de Chicago.

Le 28 avril 1896, le Dr Mason, de Red Bank, New-Jersey (États-Unis), présentait à l'Académie de Stomatologie un travail intitulé : « *Porcelaines détachables pour couronne et bridge-work.* » Cette couronne détachable du Dr Mason, peu usitée depuis, consiste d'une part en une forte contre-plaque d'or dans laquelle est creusée une rainure verticale en queue d'aronde, d'autre part, en une couronne en porcelaine. A la face postérieure de cette couronne se trouve une barrette de platine également en queue d'aronde, laquelle, scellée en partie dans la dent même, au moment de la cuisson (comme cela se pratique pour la dent à crampons), glisse à frottement doux dans la rainure de la contre-plaque.

Le Dr Mason est bien le premier professionnel qui ait conçu la dent détachable. Mais il n'a pu résoudre qu'incomplètement le problème et son invention n'a pas acquis d'autre valeur que celle d'un essai ingénieux : 1° son épaisseur la rend dans la pratique inutilisable pour beaucoup de cas, mais surtout pour les dents de bouche ; 2° son prix est trop élevé.

En 1899 un dentiste italien, du nom de Cassuala, imaginait aussi une dent détachable.

La couronne de porcelaine était ici creusée à la face postérieure de deux rainures parallèles dans le sens vertical de la dent. A ces rainures correspondaient des barrettes munies de contre-plaques, ce qui est fort compliqué. A ces contre-plaques il était loisible de souder des lamelles pouvant se noyer dans le caoutchouc.

Cette dent n'a obtenu aucun succès : 1° parce que les deux rainures l'affaiblissent et présentent un minimum de solidité ; 2° parce qu'elle exige une contre-plaque spéciale ; 3° parce qu'il faut souder des lamelles pour le travail du caoutchouc ; 4° parce que le prix en est très élevé.

Albin Freeschen-Schlager, de Gratz, a perfectionné la dent de Cassuala en la simplifiant ; au lieu de deux rainures, la couronne n'en présente qu'une, dans laquelle pénètre une barrette en platine. A cette barrette s'adapte une contre-

plaque. Ce perfectionnement montre les efforts du praticien, mais l'emploi d'une contre-plaque spéciale et le prix de revient de cette dent en limitent considérablement l'usage.

C'est par un article du plus grand intérêt intitulé : « *The band and Dowel crown* » et publié dans le journal « *Items of interest* » que nous avons été mis au courant de la nouvelle dent détachable due au Dr Roach. Elle consiste en une couronne de porcelaine ayant à sa face postérieure une tige cylindrique en partie scellée dans la dent même. Cette tige se glisse dans une contre-plaque présentant une rainure-coulisse en forme de diaphragme.

Peut-être objectera-t-on à notre thèse que nous parlons de ces différentes espèces de dents détachables avec partialité et préoccupé uniquement de faire saillir les mérites de la « *dent moderne* ».

Messieurs, c'est une objection de mise en tout débat et qui n'a de valeur que soutenue par des preuves. Nous sommes prêt en l'occurrence à discuter par le détail la valeur de tel ou tel type et nous n'hésiterions pas à reconnaître l'excellence de l'un ou de l'autre si on nous la démontrait. Toutefois nous croyons être à l'abri d'une éventualité de ce genre. De même nous ne craindrions pas de faire ressortir les derniers perfectionnements de la dent à crampons, si par hasard on voulait nous reprocher de les passer sous silence et nous dirons que nous n'ignorons ni la dent de Logan Read, ni la dent du Dr Bryan. La dent de Logan Read, dont les crampons, au lieu d'être cylindriques, sont en queue d'aronde, reçoit entre l'espace des crampons une tige de métal qui se soude à l'appareil de métal ; pour les pièces en caoutchouc on y ajoute de petites ailettes.

Le Dr Bryan, de Washington (*Items of interest* de Juillet), a imaginé, lui, une contre-plaque de construction spéciale pour la fixation des crampons. Nous citerons encore le modèle du Dr Dwigth, de Le Mars (Iowa).

Il est fort probable, au surplus, qu'il existe, soit en Amérique, soit en Europe des travaux nombreux rentrant dans la catégorie dont nous venons de parler. Le tout est de

savoir s'ils représentent un progrès, ce qui est douteux, car, à moins d'être très récents, leur mérite leur aurait assuré une réputation immédiate et universelle.

Un fait clair comme le jour ressort des recherches que nous vous rappelons, de la lecture des journaux spéciaux et des communications aux Sociétés savantes, c'est le besoin qu'éprouve tout praticien de posséder à sa disposition une dent artificielle détachable. Il semble, d'après les tentatives incessantes pour la remplacer, que la dent à crampons ait bien fait son temps et qu'il soit l'heure de trouver quelque chose de mieux.

D'autre part, nous sommes convaincu que ni la dent de Mason, ni celle de Cassuala, ni celle de Freeschen-Schlager, encore moins celle de Roach, de Bryan, de Logan Read, de Dwight n'ont répondu à notre attente et nous en avons laissé entrevoir les diverses raisons.

*
* *

Cela établi, j'en viens à dire que M. Evslin, lui, après avoir travaillé de longues années à la solution du problème, y est parvenu, qu'il a construit une dent interchangeable, que cette dent offre des joints d'attache plus puissants que la dent à crampons, qu'elle est d'un emploi au moins aussi facile et qu'à tout prendre elle est indemne des inconvénients que les divers types jusqu'ici proposés présentaient aux dentistes.

*
* *

La dent de M. Evslin est entièrement en porcelaine; on peut l'obtenir de toute forme et de toute dimension; sa face antérieure ou externe est semblable à celle des dents naturelles; la face postérieure où étaient fixés les crampons de l'ancienne dent peut, selon les indications, présenter six types différents.

*
* *

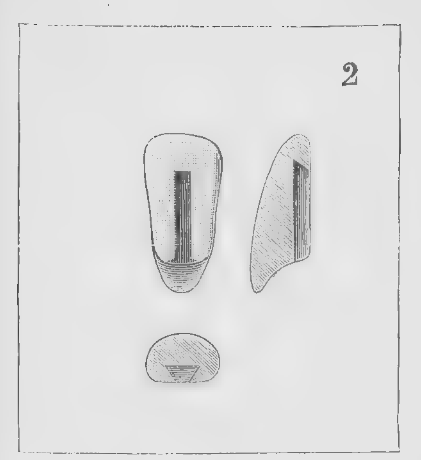
Premier type à rainure et à languette.

Ce premier type consiste en une rainure verticale, de forme rectangulaire, qui occupe en largeur un tiers de la surface postérieure de la dent et les trois quarts ou la totalité de la hauteur, du bord cervical au bord triturant (fig. 2).

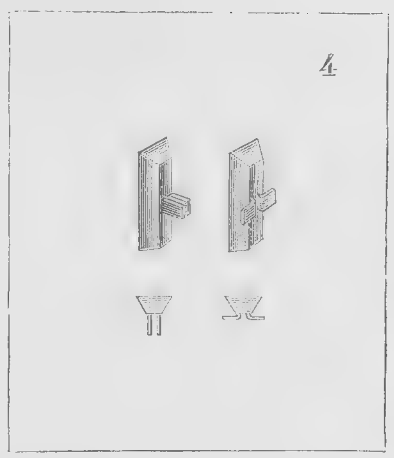
Cette rainure en profondeur est en queue d'aronde, c'est-à-dire en forme de cône renversé ou de « V » ; elle occupe à peu près les trois quarts de l'épaisseur totale de la dent. En thèse générale, cette rainure (profondeur, hauteur ou largeur) est directement proportionnée au volume de la dent ; proportion de trois quarts en épaisseur et d'un tiers de largeur (Exemple : pour une incisive du bas, la rainure sera d'un volume inférieur à celui d'une grosse molaire et cela dans tous les sens). Une languette d'or de forme correspondante s'engage et glisse dans la rainure en pénétrant par le bord cervical de la couronne. A la face postérieure de cette languette sont fixées deux lamelles de même métal, de longueur et de largeur variables, médianes et perpendiculaires à la languette et à peine séparées l'une de l'autre, ces deux lamelles pouvant se rabattre à droite et à gauche sur la languette, remplaçant ainsi les crampons de platine auprès desquels elles offrent des points d'attache de beaucoup supérieurs (fig. 4).

Pour les appareils de métal, bridges ou dents à pivot, ces deux lamelles traversent la contre-plaque par une fente de même dimension ; une fois la contre-plaque posée, à l'aide d'une lame mince introduite entre les deux lamelles, celles-ci se rabattent sur la contre-plaque ; le tout est soudé (fig. 7).

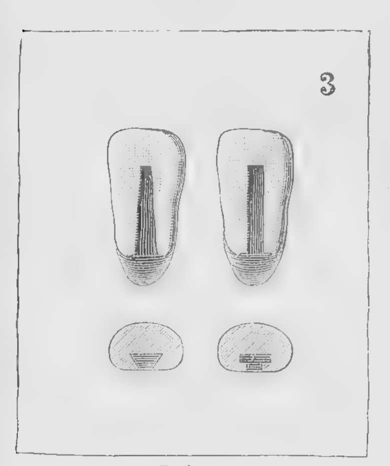
Pour les pièces en caoutchouc, les lamelles sont à crans et plus larges ou plus longues selon le cas, afin d'assurer une rétention plus forte de la languette à l'appareil. En outre, la dite languette peut présenter des crochets destinés à être noyés dans le caoutchouc (fig. 2 et 4).



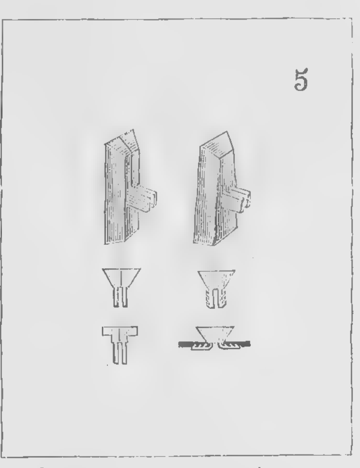
Rainure.



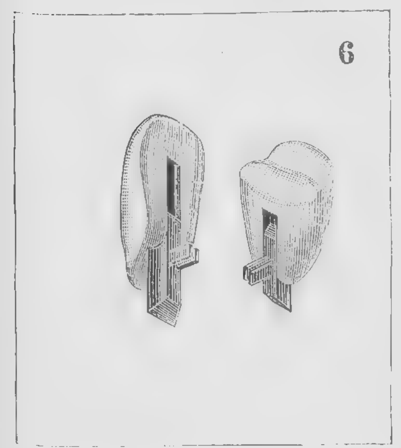
Languette correspondante.



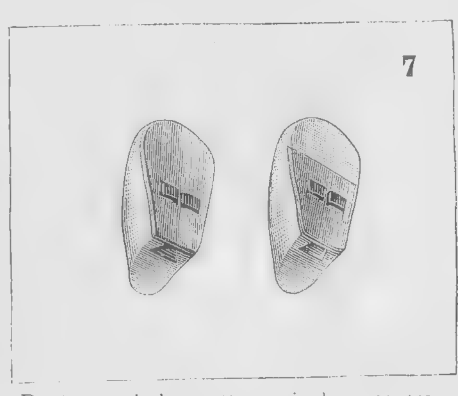
Rainures.



Languettes correspondantes.



Dent avec languette en place.



Dents avec la languette munie de sa contre-plaque.

Deuxième type.

La rainure et la languette prennent la forme d'un « T » (fig. 3 et 5).

Troisième type.

La rainure et la languette, au lieu d'être rectangulaires comme pour les deux types précédents, sont en forme de coin dans le sens vertical. La rainure en profondeur est soit en forme de « V », soit en forme de « T » (fig. 3 et 5).

Quatrième type.

La rainure est semblable à celle des autres types. La languette de métal, par contre, diffère sensiblement : elle est en forme de queue d'aronde double (schématiquement en X) dont une moitié est scellée dans la rainure à l'aide de ciment ou de soufre, et l'autre moitié, en plan incliné, reste libre à la face postérieure de la dent. L'inclinaison de ce plan va en décroissant du bord cervical au bord triturant. Cette construction particulière a été établie pour ne point gêner l'articulation et pour ne pas augmenter l'épaisseur de la dent. Une contre-plaque en or, creusée d'une rainure de forme similaire à la languette, glisse sur la face postérieure de la dent (fig. 12).

Cinquième type.

Ici trois rainures et trois languettes.

Deux rainures sont bilatérales, parallèles entre elles, séparées l'une de l'autre et à une certaine distance des bords latéraux de la dent. Dans ces rainures pénètrent deux languettes en queue d'aronde double (en X) : une moitié de la languette est scellée, à l'aide du ciment, dans la rainure et l'autre moitié reste libre. Les deux languettes, séparées l'une de l'autre, contribuent à la formation d'une troisième rainure médiane, en queue d'aronde, dans laquelle viendra glisser une languette de forme correspondante munie de deux lamelles, comme pour le premier type ; ces deux la-

melles crampons traverseront la contre-plaque qui doit recouvrir la face postérieure de la dent (fig. 13).

Sixième type.

La rainure, quelle que soit sa forme, est doublée de platine.

*
* *

Chacune de ces variétés de forme a ses raisons d'être. Ainsi la rainure en « T » sera réservée aux dents très minces, celle en « V » aux épaisses, celle en coin aux dents larges, celle en rectangle et droite aux dents étroites.

La languette peut être fendue dans toute son épaisseur et jusqu'à la moitié de sa hauteur. Cette division a pour but d'assurer, si l'on vient à écarter les deux branches, une élasticité précieuse en vue de la rétention (fig. 5).

Le platine tapissant la rainure sert à augmenter la solidité de la dent.

Pour ne pas trop détériorer la rainure par le travail de l'ajustage sur le modèle, le bord sur lequel porte la meule présente une obliquité plus grande, un bec de flûte plus long que dans les autres dents, de telle sorte que la face labiale sera de beaucoup plus longue que la face postérieure où se trouve la rainure. Cette dernière sera ainsi peu diminuée par l'ajustage.

*
* *

Mode d'emploi.

Pour les appareils en caoutchouc, les dents montées sur leurs languettes sont disposées et ajustées sur le modèle. Les lamelles ou les crochets sont rabattus et noyés dans la cire. Une fois l'appareil monté, on retire les dents de leur attache. La pièce supportant encore les languettes est mise en moufle, bourrée et vulcanisée. Lorsque la pièce est réparée, il n'y a plus qu'à glisser les dents à leur place respective et à les fixer avec du ciment ou avec du soufre.

*
* *

Pour les pièces en métal, ajuster les dents sur le modèle, contreplaquer les languettes, fixer à l'aide de la cire toutes les languettes contreplaquées avec leurs dents sur la plaque-base, retirer les dents, mettre la pièce en terre, puis souder les contre-plaques à la plaque. Quand la pièce est réparée, mettre les dents à leur place respective, les sceller avec du ciment ou avec du soufre.

*
* *

Lorsqu'une dent vient à casser et qu'il s'agit soit d'un appareil en caoutchouc ou en métal, soit d'une couronne ou d'un bridge, il suffit de choisir une dent de même nuance, de même forme, de l'ajuster et de la fixer avec du ciment à la place de la dent brisée. Ces réparations peuvent s'effectuer dans la bouche, lorsqu'on a à réparer la fracture d'une dent portant sur un bridge ou sur une couronne.

*
* *

L'emploi de la rainure et de la languette de métal, fait remarquer M. Evslin, appelle quelques indications spéciales.

Ainsi une incisive du bas aura une rainure et une languette d'un volume très inférieur à celles d'une grosse molaire. En voici d'ailleurs le classement établi par l'inventeur :

N° 1. Les rainures et les languettes les plus étroites s'emploient pour les incisives du bas, les latérales supérieures et les bicuspides étroites.

N° 2. Les rainures et les languettes d'une dimension moyenne pour les centrales, les latérales larges, les canines et les bicuspides.

N° 3. Les rainures et les languettes d'une largeur plus grande pour les centrales larges, les canines larges et les molaires.

Il en résulte que pour les dents pleines les rainures et les

languettes sont d'une profondeur et d'une épaisseur de beaucoup supérieures à celles des dents plates.

AVANTAGES

La « dent moderne » offre des avantages de premier ordre. Le principal est la mobilité, l'interchangeabilité ; ensuite et par ordre d'importance :

1° La solidité des joints d'attache faits avec la languette de métal, qui s'adapte exactement à la rainure, au centre de la dent, et augmente sa résistance ;

2° La sécurité : la dent n'étant jamais soumise à l'action de la chaleur, il s'ensuit que tous les risques que fait courir le travail de cuisson ou de la soudure disparaissent d'eux-mêmes ;

3° La couleur fixe et immuable de la dent ;

4° La facilité du travail dans les pièces en caoutchouc, comme s'il s'agissait d'une dent à crampons, mais avec cette notable différence que la « dent moderne » par sa languette et ses lamelles de forme variable assure une fixation plus grande de la dent à la plaque-base, et qu'elle est, par surcroît, amovible ;

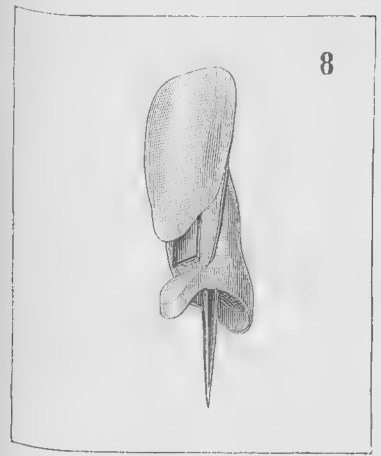
5° La possibilité de retirer la dent (pour certains travaux sur métal où le placage entier est nécessaire), si l'on a soin d'employer une dent dont la rainure occupe toute la hauteur, de manière à pouvoir amener cette dent de bas en haut ;

6° La grande facilité s'il s'agit de réparer des dents cassées d'une pièce en métal ; plus de mise en terre, plus de soudure qui compromettent souvent les autres dents de la pièce et même celle qu'on remplace. Son indication absolue fait les pièces combinées ; bref la réduction du travail à son minimum ;

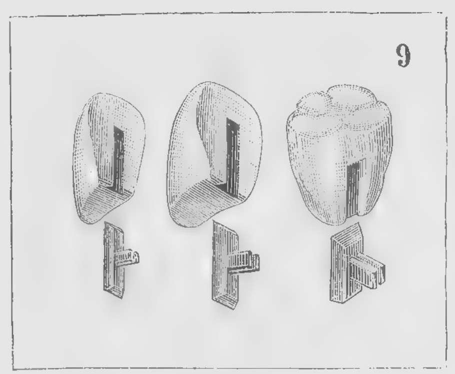
7° L'inutilité de la vulcanisation pour la réparation des dents d'un appareil soit en caoutchouc, soit métal et caoutchouc ;

8° La possibilité de remédier aux accidents d'un bridge ou d'une couronne pivot, dans la bouche même ;

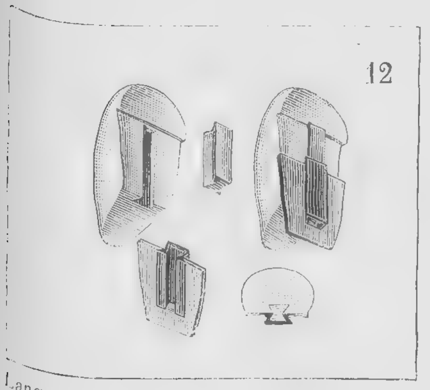
Planche II.



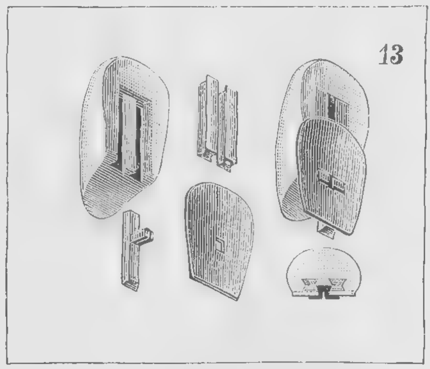
Couronne Richmond avec dent à rainure.



Incisives et molaires à rainure et languette.



Languette en queue d'aronde double en X et contre-plaque à rainure.



Dent à deux rainures bilatérales.
Deux languettes en queue d'aronde double en X.
Rainure médiane.
Languette médiane avec contre-plaque.

9° La supériorité de la « dent moderne » sur la meilleure couronne de dent à pivot, celle de Richmond (fig. 8).

Tandis que dans la couronne de Richmond le revêtement protecteur d'or des bords libres ne répond pas aux nécessités de l'esthétique et la réparation des fractures de la couronne est presque impraticable, avec la « dent moderne » ces deux gros inconvénients sont écartés, le revêtement protecteur est supprimé, et la réparation dans la bouche s'opère très facilement.

Un seul point pourrait donc vous inquiéter maintenant: le prix de revient d'une dent aussi parfaite. Je m'empresse de vous tranquilliser à cet égard, en vous assurant qu'il n'excèdera pas celui de la dent à crampons.

Voilà ce que j'avais à vous dire de la construction de la « dent moderne », du mode opératoire qui lui est propre et des avantages qu'elle présente. Encore une fois, elle me semble appelée à remplacer, non pas seulement la dent à crampons, mais aussi la dent à tube, la dent diatorique et les diverses espèces de couronnes en porcelaine que nous avons citées tout à l'heure. J'espère que vos suffrages, Messieurs, me donneront raison et que vous ne refuserez point à M. Evslin la digne récompense de ses longs travaux.

*
* *

J'ai fini ma mission. Vous m'excuserez si j'ai abusé de votre attention et si, par mon inexpérience oratoire, j'ai exigé de vous un temps qui eût été mieux employé à vos coutumières spéculations de pure science.

Pour moi, je n'ai qu'à me louer d'avoir retenu si longuement votre haute bienveillance, dont je garderai un agréable et précieux souvenir.

DISCUSSION.

M. Kritchevsky loue M. Blatter de cette présentation et croit que — surtout pour le travail du bridge-work — cette dent sera très utile.

M. Delair se joint à M. Kritchevsky pour remercier M. Blatter, car cette dent est appelée à un grand succès.

M. Sauvez remercie M. Blatter d'être le propagateur de cette nouvelle dent, qui répond à la plupart des desiderata des professionnels.

Élection du président pour la session de 1903.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. Delair	11	voix.
Frey	3	—
Bouvet	2	—
Choquet	2	—
Viau	1	—

En conséquence M. Delair (de Nevers) est élu président pour la session de 1903.

DE L'ACTION ANTISEPTIQUE DE LA CATAPHORÈSE EN ART DENTAIRE

Par M. RIGOLET (d'Auxerre).

Comme suite aux observations que j'ai présentées au Congrès dentaire de 1897 à Paris, je donnerai l'observation suivante dont je puis vous présenter le sujet.

En octobre 1898 je souffrais depuis six semaines environ de la canine supérieure droite, chaque fois que je prenais du potage ou d'autres aliments chauds, et cela durait un quart d'heure ou même une demi-heure. Je dois noter qu'il y avait bien six mois que le froid m'y faisait mal, puisque je maintenais continuellement de la ouate dans la cavité de la dent.

J'avais certainement une carie très avancée, presque une carie pénétrante. Je pris mon petit accumulateur, chargé pour la cataphorèse, et j'allai trouver, à Tonnerre, mon confrère M. Eustache, à qui il fut impossible de fraiser et de ruginer dans ma carie du collet, tellement le contact des instruments était douloureux.

La carie étant située en face postérieure et sous la gen-

cive et les dents étant assez serrées, il était impossible de mettre la digue. Mon distingué confrère et ami M. Eustache fit donc usage de la cataphorèse dans les conditions que j'ai indiquées au Congrès de 1897, et après 6′ de courant, allant jusqu'à 3 milliampèremètres, il put en une première fois nettoyer la cavité ; une seconde séance de cataphorèse de 8′ lui permit d'enlever le reste des éléments pathologiques, au point de voir circuler le sang dans la pulpe, tellement la couche de dentine la protégeant était mince. Il obtura au ciment aussitôt, tant bien que mal, au milieu de la salive.

Nous comptions bien, vu l'état avancé de la carie, voir ultérieurement apparaître des phénomènes de carie pénétrante. Je puis dire, en montrant la dent qui est toujours en place, que je n'ai jamais rien ressenti, et il y a de cela bientôt quatre ans. J'adresserai en passant un mot d'éloges à l'adresse du ciment Contenau, qui ne s'est pas trop altéré, de même qu'au praticien qui a su l'employer.

Depuis, j'ai eu quantité de fois l'occasion de faire de semblables opérations, qui m'ont toujours donné le même résultat satisfaisant. Si ce n'était la perte de temps que ce procédé occasionné, je l'emploierais journellement.

Donc, je soutiens, en principe, que ce procédé opératoire, pratiqué d'abord dans un but anesthésique, exerce aussi une action antiseptique, d'abord par le médicament chlorhydrate de cocaïne, et peut-être plus encore par l'action du courant électrique qui fait pénétrer plus profondément ce médicament dans les canalicules de la dentine.

Discussion.

M. Sauvez remercie M. Rigolet de sa communication et ne saurait trop encourager tous les confrères qui peuvent s'adonner aux recherches sur la cataphorèse en art dentaire.

Avis relatifs a Montauban-Toulouse.

Les membres qui auraient des rectifications à faire aux comptes rendus de Montauban-Toulouse sont instamment priés de les adresser dans un très bref délai à la rédaction de *L'Odontologie*, afin qu'elles puissent figurer dans les brochures spéciales qui seront prochainement publiées.

Les auteurs de communications n'ayant pas encore remis leurs manuscrits sont priés de n'en pas différer plus longtemps l'envoi. Nous rappelons à ce propos les indications de l'A. F. A. S. et nous informons les auteurs que *L'Odontologie* se charge de la remise des épreuves *in extenso* pour les communications reçues en temps utile, mais que ceux-ci ont à s'occuper eux-mêmes de leurs résumés.

Note relative aux mémoires présentés au Congrès.

(Extrait du Règlement de l'A. F. A. S.)

Art. 69. — Les membres qui n'auraient pas remis au Secrétaire de leur section, pendant la session, le résumé sommaire de leur communication devront le *faire parvenir au Secrétariat au plus tard quatre semaines après la clôture de la session.* Passé cette époque, le titre seul du travail figurera au procès-verbal, sauf décision spéciale du Conseil d'administration.

Art. 70. — L'étendue des résumés sommaires ne devra pas dépasser une demi-page d'impression (2.000 lettres) pour une même question.

Art. 71. — Les notes et mémoires dont l'impression *in extenso* est demandée par les auteurs devront être remis au Secrétaire de la section pendant la session ou être expédiés directement au Secrétariat *deux mois au plus tard après la clôture de la session.* Les planches ou dessins accompagnant un mémoire devront être joints à celui-ci.

Art. 72. — *Dix pages* au maximum, peuvent être accordées à un auteur pour une même question ; toutefois la Commission de publication pourra proposer au Conseil d'administration de fixer exceptionnellement une étendue plus considérable.

(Voir de plus, les articles 73 à 81 du règlement, page xv du Ier volume des C. R. du Congrès d'Ajaccio.)

N. B. — Les auteurs sont *instamment priés, pour faciliter l'impression, de n'écrire que sur le recto du papier* et, lorsque les mémoires comportent des figures, d'en fournir le dessin à part. Il suffit alors d'inscrire, dans le texte, le numéro de chaque figure à la place qu'elle doit occuper *lors de la mise en pages.*

Les congressistes qui désirent recevoir un exemplaire de la photographie prise à l'issue d'une des séances de Montauban peuvent soit la faire retirer au prix de 3 francs chez M. Achille Bouis, place de l'Hôtel-de-Ville, Montauban, soit se la faire envoyer par colis postal au prix de 4 francs, y compris les frais d'emballage spécial.



RECTIFICATION.

Dans le *Bulletin* du numéro du 15 septembre de *L'Odontologie*, consacré à *La Semaine dentaire internationale à Stockholm*, j'ai commis un oubli que je tiens à réparer dès à présent, car je viens seulement de m'en apercevoir. J'ai omis de dire que l'École dentaire de Lyon avait envoyé comme délégué à la session de la F. D. I. à Stockholm un de ses plus distingués professeurs, M. le Dr Artaud, qui a même déposé et défendu un intéressant rapport sur l'enseignement. Cet oubli, que je regrette vivement et que mes excellents confrères de l'École dentaire de Lyon voudront certainement bien me pardonner, est dû à la précipitation avec laquelle j'ai composé mon article (en route, pendant mon retour en France) pour pouvoir le donner en temps utile à l'imprimeur, afin qu'il parût dans le numéro en question.

P. MARTINIER.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
CONCOURS

Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :
2 postes de *Chef de clinique de chirurgie dentaire.*
2 postes de *Chef de clinique d'anesthésie.*
1 poste de *Chef de clinique de prothèse.*

Art. 2. — Le concours comprend : A. Une épreuve sur titres. B. Une épreuve clinique. C. Une épreuve écrite.

Ce concours commencera le dimanche 9 novembre 1902, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

A cette séance, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve clinique, il communiquera ensuite une liste de huit questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats à chaque poste.

Les dates des séances suivantes seront fixées par le Jury.

Épreuves.

1° Une **épreuve sur titres** comptant pour 35 points, savoir :

Titres universitaires	5 points.
Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs et services rendus à l'Ecole ou à la profession)	10 —
Travaux scientifiques	20 —

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par le secrétariat général et les explications orales qui pourront être demandées aux candidats.

2° Une **épreuve clinique** comptant pour 30 points et comprenant :

CHEF DE CLINIQUE DE CHIRURGIE DENTAIRE

a) Examen d'un malade choisi par le jury, explication clinique de l'affection dont il est atteint et du traitement à instituer.

Le candidat aura un quart d'heure pour examiner ce malade et un quart d'heure pour exposer le résultat de son examen.

b) Exécution de plusieurs opérations d'urgence.

CHEF DE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE

a) Examen de 3 malades et explication clinique de l'affection, le diagnostic, le pronostic, les indications sur l'intervention, le mode d'anesthésie à employer.

Le candidat aura 3/4 d'heure pour examiner les malades et 1/2 heure pour exposer ses conclusions.

b) 2 Opérations d'urgence à exécuter séance tenante sur l'un des malades ou sur tout autre choisi par le jury. L'une sera pratiquée avec anesthésie générale, l'autre avec anesthésie locale.

CHEF DE CLINIQUE DE PROTHÈSE

a) Examen de la bouche d'un sujet, une explication de l'appareil prothétique combiné de manière à remédier efficacement aux défectuosités existantes avec indication d'un traitement préparatoire de la bouche.

b) Une ou plusieurs opérations d'urgence exécutées sur le sujet examiné ou tout autre choisi par le jury.

3° Une **épreuve écrite** comptant pour 30 points et consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Deux heures seront accordées pour ce travail qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

Jury.

Art. 3. — Le Jury se compose de quatre membres savoir :
Le Directeur de l'Ecole, Président.

1 *Professeur titulaire de clinique de chirurgie dentaire et 2 Professeurs suppléants de clinique* tirés au sort.

Le Professeur titulaire d'anesthésie.
1 *Professeur de clinique anesthésique et 1 Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire* tirés au sort.

1 *Professeur titulaire de prothèse et 2 Professeurs suppléants dentistes* tirés au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de : 95 points.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum (épreuve sur titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue. Le candidat déclaré admissible n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de sa nomination et de son entrée en fonctions.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a)* Être âgé de 25 ans au moins ;
b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation ;
c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité ;
d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature ;
e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur ;
f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois, les élèves en cours d'études ne pourront y assister.



École dentaire de Paris.

La rentrée s'est opérée dans les meilleures conditions cette année ; les élèves sont venus très nombreux, bien que cette rentrée ait été avancée d'un mois.

Nous avisons les retardataires que le registre des inscriptions sera clos le 15 novembre.

Quelques jours avant un dîner amical réunissait, à l'Ecole, les membres du corps enseignant, à la suite de la séance du Conseil du corps enseignant, dans laquelle avaient été examinées les diverses questions à l'ordre du jour pour l'année scolaire 1902-1903.

*
* *

La réouverture des cours théoriques, précédée d'une leçon-conférence faite par le Dr Aug. Marie, professeur de pathologie interne générale et spéciale, et d'une allocution de M. le Dr Roy, sous-directeur de l'enseignement scientifique et médical, aura lieu le vendredi 24 octobre, à 5 h. 1/2 du soir, à l'Ecole.

Quant à la fête annuelle de la distribution des récompenses, la date n'en est pas encore fixée, mais elle sera prochaine.

*
* *

Les concours annoncés précédemment pour 2 postes de chef de clinique de chirurgie dentaire, 2 postes de chef de clinique d'anesthésie et 1 poste de chef de clinique de prothèse, auront lieu le dimanche 9 novembre. *(Voir les programmes ci-contre.)*

*
* *

Plusieurs postes de démonstrateurs sont vacants ; les candidats sont priés d'adresser leur demande au directeur-adjoint, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Nominations au Ministère de l'Instruction publique.

M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique, est nommé vice-recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Gréard, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Bayet est nommé directeur de l'enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique en remplacement de M. Liard.

M. Gasquet, recteur de l'Académie de Nancy, est nommé directeur de l'enseignement primaire en remplacement de M. Bayet.

Rappelons que M. Liard fait partie du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, ayant présidé la séance de réouverture des cours en 1890. Quant à M. Gasquet, il a présidé en 1896, à Nancy, la séance d'ouverture du 2[e] Congrès dentaire national.

Nous adressons nos sincères félicitations aux nouveaux promus.

Association générale des dentistes du Sud-Est.

La réunion annuelle de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France aura lieu à Marseille le premier novembre prochain.

Prière d'adresser, avant cette date, au Secrétaire général, M. Chapot, dentiste, 55, rue Gioffredo à Nice, tous avis ou communications.

Union dentaire espagnole.

Il s'est constitué en Espagne sous le titre d'*Union dentaire espagnole* (Union Dental Española) une Société destinée à assurer l'union des opérateurs, des mécaniciens et des dentistes, à faire des conférences périodiques, à constituer une bibliothèque, à fonder un dispensaire gratuit, à tenir une exposition annuelle de travaux, etc. La Société a élu M. Manuel Anton pour président.

Congrès odontologique de Turin.

Le 21 septembre le Congrès de la Fédération italienne des médecins-dentistes a clôturé ses travaux.

Un des principaux objets de ce Congrès était de demander au Gouvernement de rendre obligatoire par une loi le doctorat en médecine et en chirurgie pour ceux qui veulent exercer l'odontologie.

Parmi les orateurs les plus applaudis il faut citer le professeur Piergili, de l'Université de Rome.

Association dentaire canadienne.

L'Association dentaire canadienne a tenu son Congrès annuel à Montréal les 16, 17 et 18 septembre 1902. Le programme comprenait des communications orales et environ 75 démonstrations ; ces

dernières ont occupé deux séances. Les unes et les autres ont été faites à l'Université Mac Gill.

L'Association médicale canadienne a tenu également son Congrès annuel à Montréal à la même date. Une exposition dentaire était jointe au Congrès.

La dentisterie dans l'armée des Indes.

En attendant le règlement de la question de la création de dentistes militaires dans l'armée des Indes, le Gouvernement de ce pays a décidé de continuer l'allocation mensuelle de 100 roupies pour l'achat de matériel destiné au service de chirurgie dentaire de Quetta, qui a donné d'excellents résultats.

Importante décision judiciaire.

A la suite d'une action intentée par M. Stump, gradué d'une école dentaire américaine (le German-American Dental College), au Conseil des examinateurs dentaires de l'Etat d'Illinois qui lui avait refusé la licence nécessaire pour exercer la dentisterie en raison de la provenance de son diplôme, le tribunal supérieur du Comté de Cook a reconnu le pouvoir discrétionnaire du Conseil de refuser des licences aux diplômés des écoles n'ayant pas une réputation d'honorabilité établie. Le tribunal a estimé que ce pouvoir discrétionnaire était accordé dans l'intérêt public, et dans l'espèce il avait été prouvé que l'enseignement donné dans cette école est insuffisant en quantité et en qualité.

Cette décision a une grande importance. Elle montre en effet qu'en Amérique, pays où toutes les écoles dentaires sont libres, comme on sait, il y a cependant une sage limite, qui ne permet pas d'abaisser impunément le niveau et la durée des études. Nous reviendrons d'ailleurs dans un prochain numéro sur cette question dont s'occupe toute la presse professionnelle américaine et dont cet extrait est tiré du *Dental Cosmos* de septembre 1902.

Demandes d'admission dans la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

M. José Vilar Carles, 19, Calle Barcas, à Valencia (Espagne). Présenté par MM. Barbacci et Papot.

M. Germain Henri, 16, avenue de la République, Paris. Présenté par MM. Bonnard, Stévenin et Charpentier.

M. le Dr Jahan Abel, 3, rue de Milan, à Paris. Présenté par MM. Martinier et C. Rounet.

M. Dehillotte Jean-Gaston, chirurgien-dentiste, à La Teste de Buch (Gironde). Présenté par MM. Godon et Sauvez.

Société coopérative des Dentistes de France.

Nous rappelons à tous les actionnaires de la Société coopérative des Dentistes de France que le stock des marchandises en magasin vient d'être augmenté et que la Société est en mesure de fournir *tout* ce qui lui est demandé à des conditions avantageuses.

Les livraisons sont effectuées à Paris et les expéditions faites dans les départements chaque jour, aussitôt après réception des commandes. Les sociétaires peuvent également choisir sur place les articles dont ils ont besoin.

Le bureau et le magasin de la Coopérative sont ouverts tous les jours non fériés le matin de 9 heures 1/2 à midi, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. **Téléphone 223-04.**

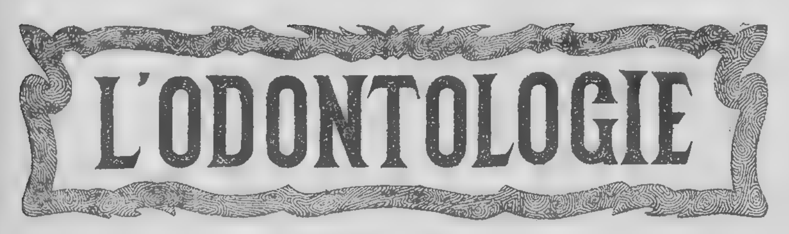
N. B. — Les sociétaires des départements qui ont fait des achats dans le courant du mois de septembre et ont reçu une facture de livraison sont priés de couvrir la Société coopérative par mandat-poste adressé au *Trésorier de la Société,* 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris-9e.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger,* qui ont des *cotisations en retard,* sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................	**45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............	

22e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1902 VOL. XXVIII



ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

RÉOUVERTURE DES COURS

M. le Dr M. Roy, sous-directeur de l'Enseignement médical et scientifique, a prononcé, à l'occasion de la réouverture des cours de l'École dentaire de Paris, le 24 octobre, une allocution aux élèves, et M. le Dr Aug. Marie, professeur de pathologie interne à l'École, a fait sa première leçon sur la leucoplasie bucco-linguale. Nous avons le plaisir de reproduire ci-dessous ces deux morceaux qui ont été accueillis par les applaudissements des élèves et des membres du corps enseignant qui assistaient tous à cette séance[1].

E. P.

ALLOCUTION DE M. LE Dr ROY

Messieurs, Mesdemoiselles,

Jusqu'à cette année la séance de réouverture des cours de l'École avait coïncidé avec la fête de la distribution des récompenses, mais il nous a paru nécessaire de faire à l'avenir deux réunions différentes pour répondre aux deux buts distincts de cette double cérémonie.

La distribution des récompenses, qui aura lieu prochai-

---

1. La fête annuelle de la distribution des récompenses aura lieu avec la solennité habituelle à une date qui sera fixée prochainement.

nement, sera uniquement une solennité à laquelle se trouveront conviés, comme par le passé, les parents et amis de nos élèves et les amis de cette école pour fêter à la fois les lauréats de la scolarité qui vient de se terminer et l'École dentaire de Paris, dont chaque année nouvelle d'existence marque un pas dans la voie de la prospérité.

La séance de réouverture des cours, au contraire, ne s'adressera plus maintenant qu'aux élèves pour lesquels elle constituera une sorte de petite solennité tout intime, dans laquelle ils viendront, pour la première fois de l'année, prendre contact avec les professeurs dont ils auront à suivre l'enseignement. C'était le but que nous recherchions autrefois, à notre séance annuelle, en donnant la parole à tour de rôle à l'un de nos professeurs pour faire une conférence d'ouverture de cours. Il nous a paru préférable de reporter cette leçon-conférence à cette séance nouvelle d'ouverture et c'est notre savant collègue M. le Dr Marie, professeur de pathologie interne, dont les plus anciens d'entre vous ont déjà pu apprécier les excellentes leçons, qui a bien voulu assumer, pour cette année, la tâche de vous faire ce premier cours.

Toutefois, avant de lui donner la parole, je dois remplir une mission agréable et délicate à la fois, dont j'ai été chargé par le Conseil d'administration de l'École : celle de souhaiter en son nom la bienvenue aux élèves qui, pour la première fois, prennent place sur ces bancs.

Je suis particulièrement heureux d'avoir été chargé de cette mission pour cette première séance, car, j'ai pour tous les élèves de cette école le plus profond attachement ; mais ce sentiment ne m'est pas particulier, il est partagé, je puis vous le certifier, par tous mes collègues ; aussi puis-je dire, aussi bien aux nouveaux venus qu'aux anciens, qu'ils sont assurés de rencontrer parmi leurs professeurs et parmi les administrateurs de cette école la plus cordiale sympathie et le plus vif désir de leur faciliter, par tous les moyens possibles, l'étude de la profession qu'ils se proposent d'embrasser.

Ils ne trouveront pas seulement ici des maîtres tout dévoués à l'enseignement auquel ils se consacrent, mais aussi des amis prêts à favoriser tous les travailleurs, toutes les bonnes volontés qui pourront se manifester.

En vous disant cela, je n'ai pas l'intention de vous prodiguer de banales paroles de sympathie, mais je voudrais vous faire comprendre le sentiment intime de ceux qui dirigent cette école et des professeurs qu'ils ont groupés autour d'eux. Il faudrait bien vous pénétrer que vous n'êtes pas ici dans une école créée au profit de ses fondateurs, mais dans une école fondée au profit unique de ses élèves, les dentistes de l'avenir, pour lesquels nous avons toujours travaillé. C'est pour cela que, dès votre entrée dans notre institution, nous avons voulu que vous soyez mêlés complètement à la vie du groupement professionnel que nous avons constitué; c'est pour cela que, du fait même de votre inscription à cette école, vous êtes admis à assister à toutes nos réunions, aussi bien celles où se discutent les intérêts généraux de la profession que celles où se discutent les questions scientifiques; c'est pour cela enfin que nous avons voulu que vous puissiez profiter immédiatement des avantages de toute nature que peut obtenir un groupement nombreux et solidement constitué comme l'est le *Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris*.

Cette conception démocratique de notre école tient à ses origines mêmes, car elle fut fondée par de jeunes praticiens, représentant l'élément novateur et démocratique de la profession, désireux d'organiser un enseignement professionnel qui n'existait pas en France et qu'ils jugeaient, à bon droit, indispensable pour acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice rationnel de leur profession.

Lorsqu'ils créèrent cet enseignement, les fondateurs de l'École dentaire de Paris rencontrèrent les résistances les plus vives de la part de ceux qui, à cette époque, représentaient en quelque sorte les classes dirigeantes de la profession et particulièrement de ceux qui voulaient le rattachement de notre profession à la médecine. Mais, animés

d'une conviction sincère et d'une foi ardente dans le succès de leur entreprise, ils surent vaincre tous les obstacles, briser toutes les résistances et, aujourd'hui, ils peuvent regarder avec orgueil le chemin parcouru.

Mais, arrivés au succès ils n'ont pas pour cela oublié leur point de départ et sont restés fidèles aux principes de leur jeunesse, ce qui vous explique l'organisation si libérale de notre groupement.

Je ne puis vous faire en quelques instants l'histoire du mouvement formidable, de la révolution qu'a suscité la création de l'École dentaire de Paris, la première école dentaire fondée en France; mais les praticiens de cette époque, qui paraît si éloignée à la plupart d'entre vous qui jouissez de l'heureux privilège de la jeunesse, pourront vous dire l'état de la profession il y a vingt-cinq ans, et, si vous comparez la situation des dentistes d'alors à celle des dentistes d'aujourd'hui, vous pourrez juger de la puissance de ce mouvement et aussi de la reconnaissance que vous devez avoir pour ses initiateurs, les fondateurs de cette école, à la tête desquels s'est toujours tenu, comme la cheville ouvrière même de l'œuvre, votre directeur actuel, mon ami le Dr Charles Godon.

Comme vous le voyez, cette école n'a pas été fondée en vue d'intérêts particuliers, mais uniquement en vue des intérêts généraux de la profession et ce but, elle continue à le poursuivre avec le plus grand désintéressement. Il faut que vous sachiez que tous les administrateurs de notre institution remplissent des fonctions absolument gratuites, onéreuses même quelquefois et que tous les membres du corps enseignant qui viennent ici y viennent gratuitement ou avec des rémunérations insignifiantes. Toutes les ressources de cette école sont consacrées exclusivement à assurer et améliorer le fonctionnement des divers services d'enseignement.

C'est vous dire que ceux qui vous dirigeront dans vos études ne seront animés que du plus grand désir de faire de vous des praticiens vraiment dignes de prendre place plus tard à leurs côtés et d'exercer leur profession avec la compétence et la dignité nécessaires.

Nous travaillons ici sans cesse à améliorer notre enseignement pour l'élever toujours plus haut, en vue de former le dentiste idéal tel que nous permet de le concevoir notre expérience professionnelle.

C'est là uniquement le but de nos efforts et c'est également pour satisfaire à ce but que le Groupement de l'École dentaire de Paris a toujours défendu, avec la plus grande énergie, l'autonomie de l'art dentaire, c'est-à-dire l'art dentaire considéré comme une science propre à l'égal de la médecine, de la pharmacie, du droit, etc., sans aucune espèce d'absorption possible par une branche accessoire quelconque de l'art dentaire.

Cette conception, vous le savez, a été et est encore vivement attaquée par les *stomatologistes*, c'est-à-dire par ceux qui veulent l'assimilation de l'art dentaire à la médecine et l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes.

Nous avons toujours repoussé, nous *odontologistes*, cette assimilation qui ne nous paraît répondre ni aux nécessités de notre profession ni au degré de développement considérable où est parvenue maintenant la science dentaire et nous avons eu jusqu'ici la satisfaction de voir triompher nos idées.

Vous êtes donc ici, Messieurs et Mesdemoiselles, au milieu d'hommes animés des idées altruistes les plus larges et tous unis par l'amour de leur profession et un même idéal de progrès. Aussi voulons-nous que, durant votre séjour dans cette école, non seulement vous acquériez les connaissances nécessaires à l'exercice de votre profession, mais que vous y puisiez aussi ce grand amour que nous avons tous pour notre art, sentiment qui nous fait travailler sans cesse à son progrès dans la mesure de nos forces respectives. Nous voulons enfin que vous y puisiez aussi les principes de solidarité, de mutualité et de philanthropie qui ont été la raison d'être de notre groupement et qui en font la force.

Si vous êtes imbus de ces principes, si vous vous souvenez de notre devise d'union et de progrès, vous pourrez continuer l'œuvre que vos devanciers ont entreprise et à laquelle est lié l'avenir de votre profession.

C'est là le vœu le plus cher de vos maîtres.

Je vous faisais part, en commençant cette allocution, des sentiments de sympathie confraternelle de vos professeurs à votre égard, et je vous montrais les sources profondes et élevées de ces sentiments ; il me faut maintenant aussi adresser un appel à vos sentiments personnels à l'égard de ces mêmes professeurs, qui sont en droit de vous demander, en outre de la déférence légitime qui leur est due, les qualités d'attention et de travail capables de faciliter leur tâche et de la rendre fructueuse.

Dans tout groupement aussi nombreux que cette école, il est nécessaire de fixer des règles pour assurer le fonctionnement des divers services. Nous les réduisons au minimum, mais nous vous prions aussi de vous soumettre sans difficulté aux petites exigences du fonctionnement intérieur de l'École, exigences qui n'ont jamais d'autre but que de vous faire profiter tous également, et dans la plus large mesure possible, des différentes parties de notre enseignement. Sachez aussi que nous sommes toujours prêts à examiner avec la plus grande bienveillance toutes les demandes et les réclamations qui peuvent nous être faites, pourvu qu'elles se produisent dans des formes réglementaires.

Ayez avec vos camarades des rapports de bonne confraternité qui établiront des liens précieux et vous habitueront plus tard à aimer et à estimer vos confrères, au lieu de les considérer comme des adversaires lorsque vous serez aux prises avec les nécessités de la lutte pour la vie.

Quelques-uns de vous ont, avant de venir ici, conquis leurs grades en médecine ; qu'ils soient assurés, malgré ou plutôt par ce que nous pensons de l'autonomie de notre profession, qu'ils ne rencontreront, comme les autres élèves, que sympathie et appui. C'est là une chose toute naturelle à l'égard de médecins qui, voulant exercer l'art dentaire, comprennent la nécessité d'apprendre cette science dans les centres où elle doit être apprise.

Je vous disais un mot de vos devoirs vis-à-vis de vos pro-

fesseurs, mais je dois aussi vous dire un mot de vos devoirs vis-à-vis des malades, car notre école, vous le savez, est, en même temps qu'une œuvre d'enseignement, une œuvre philanthropique, qui assure par son dispensaire le traitement gratuit des malades nécessiteux. Ayez pour ces malades toutes les qualités voulues de douceur, de patience et de pitié ; ce sont là des égards qui sont dus à toute personne qui souffre et dont la mise en pratique aura pour contre-coup l'avantage de vous faire acquérir des qualités qui seront appréciées plus tard par les patients qui réclameront vos soins. N'oubliez pas non plus que vous avez affaire à de pauvres gens obligés de gagner leur vie et dont le temps est précieux ; soyez économes de ce temps, c'est encore une façon de faire de la philanthropie.

Mais je m'arrête, Messieurs et Mesdemoiselles, car il n'est pas dans mes intentions de vous faire un sermon. J'ai surtout voulu vous indiquer très brièvement les principes directeurs de l'institution dans laquelle vous entrez, afin de vous permettre d'apprécier comme il convient l'œuvre à laquelle s'est dévouée l'École dentaire de Paris.

J'espère que ces principes seront aussi ceux qui vous guideront dans votre vie et qui vous feront rechercher uniquement le succès légitime dû au travail et au savoir professionnel.

Lorsque vous serez sortis de cette maison, qui vous fut accueillante et paternelle, vous n'oublierez pas cette Association qui, en créant cette école, a permis à l'art dentaire français de prendre le développement qu'il a aujourd'hui et à vous-mêmes d'acquérir le savoir professionnel nécessaire à l'exercice de votre art. Dès maintenant cette Association vous admet comme pupilles ; mais, vos études achevées, j'espère que vous continuerez à rester attachés à cette maison en venant grossir le nombre des membres titulaires de notre Association, de façon à nous aider à élever plus haut, *toujours plus haut*, la science odontologique et l'art dentaire français.

DE LA LEUCOPLASIE BUCCO-LINGUALE

Par M. le Dr Aug. Marie,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Mes chers collègues, Messieurs,

En me désignant pour faire la conférence de réouverture des cours, la Direction de l'École me fournit l'occasion de parler devant vous d'une question toujours actuelle, bien qu'elle soit résolue dans ses grandes lignes, d'une portée très grande, je veux dire la place plus importante de jour en jour que doit réclamer dans vos occupations l'enseignement médical proprement dit.

Si le développement de cette partie de vos études s'est révélé surtout le jour où l'État voulut, par un examen devant la Faculté de médecine, donner une consécration à vos connaissances médicales, longtemps auparavant les diverses Écoles dentaires, aussi bien à l'étranger qu'en France, se préoccupaient d'étendre cette partie de votre domaine scientifique.

En réalité, les objections qui ont pu être soulevées contre un tel enseignement reposaient toutes sur un malentendu. Il ne fut jamais question dans les idées de personne de vous mettre en état de savoir de la pathologie et de la clinique la totalité des connaissances requises pour exercer la profession de médecin. Mais d'excellents esprits, soucieux du perfectionnement de votre art, jugèrent que des spécialistes en stomatologie ne devaient pas ignorer les principes fondamentaux des sciences sur lesquelles repose la médecine ; ils estimèrent que vous deviez acquérir, en fréquentant les malades dans les consultations hospitalières, la conviction que dans l'organisme effets et causes s'enchaînent étroitement et que toute affection, toute maladie peut avoir un retentissement sur l'état des lésions et des troubles que vous êtes plus particulièrement appelés à soigner.

Aujourd'hui donc tout le monde est d'accord sur l'impor-

tance que présentent pour vous les connaissances élémentaires en pathologie interne et externe, tout au moins sous la forme bien définie par l'enseignement de cette école et que ne manqueront pas de réglementer de leur côté, nous l'espérons, les programmes de l'examen à la Faculté.

Au surplus, je vais étudier devant vous l'un des exemples de nosologie les plus topiques et les plus propres pour vous faire saisir l'importance de l'enseignement médical qui vous est donné : je veux parler de l'histoire des leucoplasies bucco-linguales.

Je préfère le nom de leucokératoses, qui a l'avantage de rappeler leur caractère clinique de taches blanches, en même temps que la lésion histologique, puisqu'il s'agit d'une kératose, c'est-à-dire d'une transformation de l'épithélium pavimenteux d'une muqueuse en un épiderme épais et corné.

Le début s'annonce par un stade érythémateux, puis bientôt apparaissent des plaques muqueuses, blanc bleuâtre, enfin nacrées.

Quand la lésion est arrivée à son plein développement, elle n'est jamais uniforme, mais présente, suivant le terrain sur lequel elle s'est développée, des modifications et une évolution tellement variables que, si l'on tient compte aussi de l'étiologie multiple de cette affection, on ne peut se résoudre à y voir une entité morbide définie. C'est plutôt un symptôme et nous définirons la leucokératose un mode de réaction de l'épithélium d'une muqueuse à des irritations chroniques.

Aussi est-ce seulement après avoir suivi beaucoup d'individus atteints de cette lésion que l'on peut arriver à se faire une idée sur elle.

Un malade se présentera, la langue recouverte presque complètement d'une sorte de cuirasse formée par un enduit lisse, blanc, épais, dur, interrompu çà et là par des fissures, des sillons, des exulcérations. Si l'on étale la muqueuse, si l'on fait bâiller un de ces sillons, on constate dans la profondeur une réaction inflammatoire manifeste. A ce niveau le sujet accuse de vives douleurs quelquefois, sur-

tout au moment où des boissons irritantes, des aliments viennent à pénétrer dans ces sortes de crevasses. Çà et là les placards sont plus nettement limités, leurs bords semblent détachés à l'emporte-pièce ; on ne peut cependant détacher la plaque, toujours adhérente au tissu sous-jacent.

Si l'on examine la muqueuse génienne, on y reconnaîtra presque certainement de semblables lésions, mais le plus souvent elles sont limitées à l'interligne dentaire de la muqueuse des joues. Là une desquamation partielle semble plus fréquente qu'à la langue, des lamelles se détachent spontanément sous la forme de petits lambeaux nacrés, que le malade rejette de temps en temps. Le malade rapporte que c'est par hasard qu'il s'est aperçu de l'existence de ces lésions, car au début tout au moins elles n'occasionnent ni douleur, ni gêne d'aucune sorte.

Il peut donc arriver que les individus ne s'aperçoivent jamais de la présence d'une leucoplasie. Celle-ci est parfois en effet des plus bénignes, affectant une forme fruste, à peine ébauchée, et demeurant indéfiniment dans cet état, surtout lorsque la personne est sobre, soigneuse de son hygiène et surtout lorsqu'elle ne fait pas usage de tabac.

Vous verrez alors de ces formes atténuées de leucokératoses, caractérisées par des traînées opalescentes sur la muqueuse des joues, ou dans le sillon gingival. D'autres fois leur forme est en placards arrondis, isolés bien limités ; leur saillie est légère, leur surface lisse ou grenue, rugueuse même.

Si vous en pratiquez la palpation, vous sentez une résistance plus accusée, sèche, ou même une induration très nette ; plus tard l'état papillomateux peut se préciser, la plaque se recouvrant de petites excroissances cornées, rudes comme les papilles de la langue du chat.

Les multiples observations de leucokératoses permettent donc, pour la commodité de leur étude, de les ramener à deux grandes formes : il y a des leucoplasies qui intéressent surtout la langue, il y en a d'autres qui se localisent de préférence sur la muqueuse des lèvres et des joues ; ces

dernières ont été désignées souvent sous le vocable de plaques nacrées commissurales, et peuvent être dues exclusivement à l'action irritante du tabac, tandis que la première forme, la forme linguale, est favorisée surtout par la syphilis.

Toutefois, messieurs, ce que nous pourrons dire de l'étiologie des leucokératoses ne saurait contenir qu'une bien faible part de la vérité, et les discussions si fréquentes que provoque l'histoire des individus porteurs de ces lésions est la preuve la meilleure de l'obscurité qui règne encore sur leurs causes et de l'intérêt que suscite l'évolution des leucoplasies.

On ne saurait cependant mettre en doute les points suivants : de toutes les causes, la plus active chez certains leucoplasiques, est assurément le tabac ; je connais pour ma part plusieurs personnes qui ne peuvent fumer par occasion un cigare ou une cigarette sans présenter le lendemain ou le surlendemain une poussée discrète de leucoplasie génienne. A ce niveau la muqueuse devient rouge et chaude, devient le siège de picotements, cependant qu'apparaissent des traînées d'un blanc bleuâtre, puis nacrés et plus ou moins persistantes, quelquefois d'une durée de plusieurs mois. Tout se passe chez eux comme si l'action irritante de la fumée faisait réapparaître les mêmes placards auparavant éteints. Ils siègent toujours du côté où se dirige le jet de fumée, chaque individu ayant pris l'habitude de placer toujours du même côté la pipe ou le cigare.

Les Orientaux présentent rarement des accidents leucoplasiques et cependant ils fument du matin au soir, mais leur tabac est peut-être moins irritant, en tout cas il est malaxé sous l'eau pour l'usage du narghileh.

A l'action du tabac ajoutons les excès de mets épicés, de l'alcool et surtout le rôle des aspérités dentaires des dentiers mal confectionnés.

Mais, me direz-vous, toutes ces causes se trouvent souvent réunies chez des personnes dont la muqueuse bucco-linguale est indemne cependant de toute trace de leucoplasie. Il faut en effet un terrain favorable à son développement ;

or deux grandes causes contribuent à le préparer, l'hérédité d'une part, la syphilis de l'autre.

On a cité des exemples de prédisposition héréditaire, mère et enfants, frères et sœurs auraient présenté les mêmes formes de leucokératose; toutefois il s'agit surtout d'une prédisposition créée par des maladies de la même famille, les lithiases biliaire et rénale, le diabète, la goutte, l'obésité, l'asthme, associées avec ces troubles digestifs créant ces états préleucoplasiques de M. Brocq.

La syphilis joue le plus grand rôle, puisqu'on la retrouve très fréquemment dans les antécédents personnels des malades. Nous avons vu qu'elle provoque surtout la forme linguale de la leucokératose, ce qu'elle peut faire à diverses périodes : en effet, à côté d'une forme liée aux périodes secondaire, tertiaire (glossite scléreuse syphilitique ou leucoplasie syphilitique), on tend à admettre que la majorité des leucokératoses qui évolue chez d'anciens syphilitiques se présente à titre d'accident parasyphilitique. Tout obscure et peu conforme aux données certaines que nous possédons sur d'autres maladies infectieuses que soit cette dénomination, nous la conserverons ; elle signifiera pour nous que de telles leucoplasies apparaissent longtemps après l'éclosion de la syphilis.

L'évolution des leucokératoses est la partie la plus intéressante de leur histoire anatomique et clinique : en effet ces lésions ont une tendance variable, mais certaine à dégénérer en épithélioma, c'est-à-dire en cancer.

En soi, la plaque leucoplasique est histologiquement un papillome et ce caractère peut s'exagérer au point qu'on a vu des placards de leucokératose enlevés par un chirurgien, récidiver sous la même forme de papillome.

Mais dans des cas trop nombreux les choses prennent une autre tournure : après une période silencieuse de 10, 15, 20 ans et plus, on voit la plaque se dékératiniser, au niveau d'une fissure le plus souvent, et là se développer une ulcération nettement épithéliomateuse.

Vous devez donc retenir, messieurs, que toute leuco-

plasie est un cancer en puissance ; quand celui-ci se développe, c'est non pas un accident, mais bien un des modes évolutifs de la lésion. Ce n'est heureusement pas le seul et toute leucokératose ne se transforme pas falalement en épithélioma. Quelle est la fréquence de cette évolution funeste ?

Les statistiques ne sauraient en donner aucune idée, car outre qu'elles présentent des écarts de 7 jusqu'à 50 o/o, elles ne peuvent tenir compte des observations pour lesquelles on n'a pu suivre les individus pendant suffisamment longtemps.

Néanmoins, il existe quelques données sur lesquelles on peut jusqu'à un certain point se baser pour établir un pronostic en présence d'un cas de leucoplasie bucco-linguale. Tout d'abord la continuation des causes irritantes a une importance capitale : si le malade n'a pas le courage de renoncer surtout à l'usage du tabac, et cela d'une façon absolue, il est permis de faire toute réserve sur le sort de ses lésions.

Les cautérisations intempestives ne sont pas moins dangereuses, puisqu'elles jouent aussi le rôle de véritables irritants.

La syphilis a-t-elle une influence sur la dégénérescence ?

On rencontre souvent d'anciens syphilitiques, ou encore des syphilitiques à la période tertiaire qui présentent des ilots érosifs sur la face dorsale de la langue. Ils se sont développés sur des placards leucoplasiques ; le reste de la muqueuse est parfois rouge vif, dépapillé, luisant ; la partie antérieure de la langue est mollasse, étalée et conserve l'empreinte des dents. Ces lésions gênent la mastication et la parole, et cependant on ne les voit se transformer qu'exceptionnellement en épithélioma ; elles sont et restent des glossites tertiaires leucoplasiques.

Il en va tout autrement avec les plaques dures, épaisses, verruqueuses, végétantes, ulcératives que l'on voit engainer la partie antérieure de la langue. Là encore il s'agit d'anciens syphilitiques ; mais la forme des lésions est tout autre,

leur évolution aussi, puisque ce sont surtout ces leucokératoses dites parasyphilitiques qui fournissent le plus grand nombre de cas de transformation cancéreuse.

Toutefois il serait toujours téméraire d'établir d'une façon certaine un pronostic. Tout ce qu'on peut dire c'est que beaucoup de leucokératoses ont une grande tendance, au moins au début, à demeurer indéfiniment sans aucune aggravation, ou même à rétrocéder en partie, sinon en totalité.

Quand la dégénérescence épithéliomateuse se fera, vous savez, messieurs, qu'elle s'annoncera par des signes communs à tout cancer : la plaque présentera une induration toujours facile à percevoir, le malade accusera des élancements douloureux vers l'oreille, enfin les ganglions sous-maxillaires ne tarderont pas à se tuméfier et à s'indurer à leur tour.

L'épithélioma, une fois développé, suit son évolution ordinaire : tout ce qu'on peut dire, c'est que l'épithélioma leucoplasique se montre moins grave, moins rapide dans sa marche, que l'épithélioma non leucoplasique, et cela à cause de la tendance moindre à la récidive après opération.

L'accord semble à peu près fait sur le traitement, dont il me reste à vous dire quelques mots : la suppression complète du tabac, les soins hygiéniques, l'amélioration de l'état de la dentition dans les limites les plus complètes, la propreté la plus minutieuse des pièces dentaires qui seront aussi peu nocives qu'il est possible, telles sont les importantes recommandations à donner lorsque la leucokératose consiste seulement en placards superficiels, non indurés, et non fissurés. L'ablation large de la plaque, lorsqu'elle est indurée ou fissurée, l'opération large et au couteau de l'épithélioma, telles sont les indications concernant l'intervention sanglante.

L'étude que je viens de faire devant vous, messieurs, est nécessairement incomplète, puisqu'il s'agit d'une lésion essentiellement polymorphe. Vous la rencontrerez à titre très exceptionnel chez la femme, de même que le tabes et la

paralysie générale sont des affections syphilitiques que l'on rencontre avec une beaucoup plus grande fréquence chez l'homme. Je pense avoir l'occasion de vous montrer de nombreux exemples de leucokératose, car il s'agit d'une lésion fréquente : vous pourrez vous convaincre ainsi de la diversité des formes sous lesquelles elle se présente.

En effet, l'École dentaire, toujours soucieuse des moyens les plus efficaces à perfectionner votre instruction et votre éducation médicales, a jugé indispensable d'étendre la durée de votre enseignement clinique. Elle a donc décidé qu'au siège même de l'école vous seriez exercés à appliquer à l'examen et à l'observation de malades vos connaissances en pathologie. Nous ne doutons pas de l'accueil que vous ferez à cette innovation : si elle doit augmenter votre savoir, il faut qu'elle constitue en même temps comme une série de leçons de choses, qui ne manqueront pas, je l'espère, de vivifier pour vous l'enseignement de la pathologie. Puis, ces cours cliniques rapprocheront l'élève du professeur, et ces rapports plus intimes, plus familiaux, si j'ose dire, sont parmi les moyens les plus féconds de faire œuvre de bonne éducation sociale.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Samedi 9 août.

3e SÉANCE DE SECTION A 2 HEURES

Présidence de M. SAUVEZ, président.

(Suite)

DU SŒMNOFORME

SON EMPLOI DANS LES LONGUES ANESTHÉSIES. GRADUATION ET SIGNES DE L'INTENSITÉ DES ANESTHÉSIES SŒMNOFORMIQUES. TENSIONS SANGUINES. ÉTUDE HÉMATOLOGIQUE DU SŒMNOFORME ET DE QUELQUES ANESTHÉSIQUES GÉNÉRAUX.

Par le Dr G. ROLLAND,
Directeur de l'École dentaire de Bordeaux.

L'an dernier, j'eus l'honneur de présenter pour la première fois, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tenu à Ajaccio et à votre Section d'Odontologie, un anesthésique général nouveau de ma composition, le sœmnoforme. Je ne pus à cette époque que vous donner connaissance des sept ou huit cents cas d'anesthésies de courte durée tirées de ma pratique qui justifiaient l'objet de ma communication et me permettaient d'expliquer en même temps le fait clinique par sa concordance avec les données générales et élémentaires de la physiologie.

Je suis heureux d'avoir pu mettre à profit l'année qui

vient de s'écouler et d'apporter aujourd'hui à Montauban, où l'A. F. A. S. tient son Congrès annuel, le résultat de mes nouvelles recherches et de les soumettre encore une fois à la haute et bienveillante appréciation de votre Section d'Odontologie.

Comme toujours, j'ai étudié le sœmnoforme au point de vue clinique et au point de vue scientifique.

*
* *

Étude clinique. — Tout d'abord j'ai étudié le sœmnoforme au point de vue de la durée anesthésique qu'on en pouvait attendre. En ceci je tâchais de préparer une réponse à la première question qui me fut posée au Congrès d'Ajaccio par mon confrère et ami M. le professeur Louis Seigle, de Bordeaux.

A cette heure je puis faire cette réponse, m'appuyant d'expérimentations sur des animaux ou d'observations tirées de la pratique chirurgicale sur l'homme sœmnoformé.

Dans la série animale.

J'ai tenu sœmnoformés une heure une douzaine de cobayes. Sur ce nombre je n'en ai perdu qu'un.

Tout le monde connaît la fragilité anesthésique de ces petits animaux. J'ai voulu voir aussi quels seraient les effets extrêmes d'une sœmnoformisation d'une heure répétée tous les jours. Et de mes cobayes, les uns sont morts après quatre jours, cinq jours, six jours, huit jours.

Il aurait été intéressant de répéter comparativement ces expériences sur d'autres animaux ; mais le temps m'a manqué. Les premières expériences ne m'avaient pris rien moins que quatre mois.

J'ai endormi encore des lapins, des chiens, des chats une heure, deux heures, trois heures, quatre heures de suite sans en avoir vu périr aucun. Enfin, je signalerai pour terminer qu'ayant recueilli sur la voie publique un jeune chat dont les reins venaient d'être cassés, je soumis au sœmnoforme cet animal déjà condamné par son traumatisme, bien

décidé à le conduire à la mort par un sommeil prolongé. Je l'ai maintenu anesthésié pendant huit heures, mais je dus interrompre mes recherches, appelé que j'étais d'urgence auprès d'un malade, et voulant sacrifier cet animal, il me fallut 4′ et 27″, une dose de 12 centimètres cubes de sœmnoforme et le bloquage absolu des voies respiratoires.

Sur l'homme.

Le sœmnoforme permet assez facilement l'observation d'une dissociation successive des phénomènes qui s'accomplissent ; quelquefois cependant ceux-ci surviennent avec une telle rapidité qu'il faut une grande habitude pour les enregistrer.

1° *Fixité du regard ou perte d'expression de l'œil.*

C'est le premier phénomène. Quelquefois, bien rarement avec le sœmnoforme, contrairement à ce qui se passe avec le chlorure d'éthyle, la pupille est dilatée. Au début de notre pratique nous attendions ce signe pour commencer nos opérations.

Généralement, en ce moment, le malade est encore en état de subconscience ; il s'analyse, il a souvent la sensation des contacts ; il entend, il se débat et, quoique analgésié, il pousse des cris par action réflexe.

2° *Phase des contractures.*

Les façons variées dont se compose la période d'excitation et qu'il sera intéressant de décrire plus tard, se traduisent souvent par des contractures, des mouvements cloniques. Le bras soulevé, reste soulevé, en contracture. Un mouvement commun se poursuit automatiquement.

Alors l'état de subconscience est très amoindri, mais les actions réflexes ou médullaires n'en sont qu'augmentées, mais le sensorium commune n'enregistre rien et l'opéré peut réagir violemment, crier beaucoup, l'anesthésie a été obtenue.

3° *Phase de résolution.*

Les paupières se ferment, les membres sont inertes, la main soulevée retombe. L'anesthésie est complète ; c'est à ce moment que nous conseillons l'intervention chirurgicale. La

conscience et tous les réflexes sont perdus, sauf le réflexe conjonctival.

4° Réflexe conjonctival.

Il faut pousser l'anesthésie plus loin encore pour faire perdre ce réflexe. L'œil est alors indifféremment en strabisme convergent ou divergent, en rotation sur son axe en haut ou en bas. La pupille reste contractée ou normale.

5° Dilatation de la pupille.

Avec une dose plus grande de sœmnoforme et une obturation plus immédiate on dépasse l'état précédent. J'ai obtenu ceci sur des animaux et parfois, lorsqu'au gré des chirurgiens, dans les opérations ventrales, je poussais l'anesthésie. Mais dès que je constatais le phénomène, il me suffisait de laisser respirer mon malade deux ou trois fois à l'air libre pour que la pupille reprît ses dimensions normales ; aussi n'ai-je jamais vu se produire d'accidents bulbaires.

6° Arrêt de la respiration.

C'est le premier des accidents bulbaires. Mais si je n'ai pas pu le produire chez l'homme, je l'ai produit chez les animaux. J'ai arrêté la respiration en inspiration. Et il m'a suffi de laisser l'animal à l'air libre pour voir survenir quelques secousses respiratoires, spontanément, d'autres fois de lui souffler légèrement sur le museau, de lui jeter quelques gouttes d'eau sur le corps ou enfin de faire la respiration artificielle par quelques pesées sur la région thoracique. Ceci, je l'ai obtenu après 1′, quelquefois 2′ d'apnée.

Dastre et Morat prétendent que la suspension de la respiration détermine l'arrêt mortel du cœur. Cette opinion me semble dépasser la réalité. L'arrêt respiratoire n'est pas une cause, mais une étape d'un processus dont le terme ultime est l'arrêt du cœur et la mort.

D'ailleurs l'un ne produit pas l'autre et il est bien rare, si l'on avise, que l'arrêt respiratoire soit suivi de l'arrêt cardiaque.

En ceci, je suis d'accord avec tous les physiologistes et Lauder Brunton, président de la Commission d'Hyderabad dans l'Hindoustan. Quand il y a syncope respiratoire, le

noyau bulbaire qui commande les inspirations est paralysé avant celui qui commande au cœur, très souvent assez longtemps avant pour être averti et pouvoir remédier.

La Commission savante d'Hyderabad expérimente sur 171 chiens et constate que l'arrêt respiratoire précède l'arrêt cardiaque de 1′, 2′, 3′, 4′ et ainsi de suite jusqu'a 11′, temps considérable, on en conviendra, pour intervenir utilement. Et sur 26 singes, l'arrêt du cœur vient après l'arrêt du poumon, 2′, 3′ et même 10′.

Avec le sœmnoforme, c'est ma seule expérience, le cœur du chat que je sacrifiai battait encore 6′ après la cessation de la respiration.

7° *Arrêt du cœur.*

Dans la septième phase, c'est l'invasion bulbaire totale, c'est la suppression des battements du cœur, c'est la mort. Celle-ci ne doit se produire que lorsque le noyau bulbaire du cœur est atteint, en même temps que celui du poumon, par une brusque intoxication.

Naturellement, messieurs, tous les degrés ne se sont pas produits avec cette netteté dans les lignes de démarcation pour tous les cas que j'ai observés. Je n'ai la prétention que de donner la forme la plus générale des faits qu'ont pu contrôler avec moi les chirurgiens-dentistes, les docteurs, les physiologistes qui nous font l'honneur d'assister à nos cliniques anesthésiques du jeudi, à Bordeaux. Et je soumets ceci au contrôle de tous, aussi bien de vous, mes chers confrères, que des docteurs des différents pays qui ont assisté à mes démonstrations.

Le fait que j'avance, c'est que je n'ai jamais eu sur plus de dix mille cas le moindre incident dans la période initiale, induction dans la période d'état (anesthésie opératoire) et que je n'ai à signaler qu'un cas de phénomène nauséeux, à tendance lipothymique chez un sujet prédiposé, après une opération de 20′ et où j'avais administré une grande quantité de sœmnoforme. Ces incidents survinrent à la période d'élimination, deux heures environ après l'opération, tandis que la généralité de nos opérés se relève immédia-

tement après l'opération, mange presque tout de suite et peut vaquer à ses occupations.

*
* *

Comment s'explique cette innocuité du sœmnoforme pendant ces trois périodes?

A la période initiale (induction).

1° A la non-causticité du sœmnoforme ;

2° A son action énergique sur la tension artérielle.

A la période d'état (anesthésie chirurgicale).

A l'élévation de la tension artérielle se maintenant en plateau.

A la période post-opératoire.

Aux conditions normales dans lesquelles le sang est restés.

Pour les tensions artérielles, les tracés suivants vont pouvoir répondre.

L'examen hématologique fait par M. Sabrazès dans le laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Bordeaux répondra à la deuxième question.

Tout d'abord, regardez ces premiers tracés pris au sphygmographe de Marey et dont j'ai donné communication le 27 décembre 1901 à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. *(Tracé 1.)*

Ils ont été publiés par divers journaux.

Mais voici une observation de deux anesthésies où l'examen des tensions artérielles a été fait au sphygmo-manomètre de Potain par M. le professeur agrégé Sabrazès et son aide le Dr Muratet.

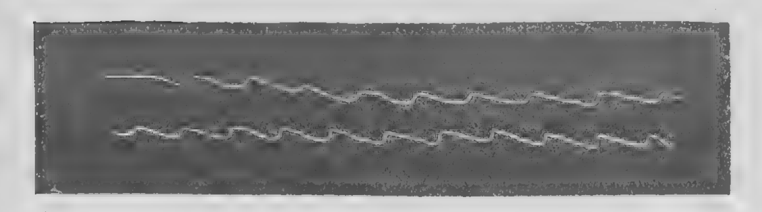
Ces courbes ont été déjà présentées au Congrès de Shrewsbury en Angleterre, tenu le 22 mai 1902 par la British dental Association.

Dans une première expérience on ne s'est occupé que de la pression, sans tenir compte du temps. On y voit, dès que l'anesthésie, commence une ascension de 1° environ sur la tension normale, puis, dès que l'anesthésie finit, une dépression de 1° environ. Ce mouvement naturel de phénomènes

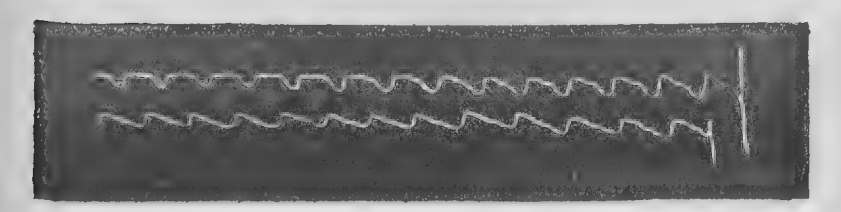
Tracés pris au sphygmographe de Marey sur le Dr Rolland.

Par les Drs Soulé et Delalbre.

Tracé 1. (Avant le sommeil.)



(Pendant le sommeil.)



d'excitation auxquels font suite des phénomènes de dépression semble dans le premier cas se balancer presque exactement. *(Tracé 2.)*

Dans la deuxième expérience, malgré des détails plus nombreux et une étude plus prolongée des phases de l'anesthésie, la courbe se ramène au type précédent : ascension de 2° 1/2 au-dessus de la normale pendant la phase d'induction, le plateau se fait à cette hauteur pendant toute la phase d'anesthésie durant 3′ 1/2, dépression de 1° 1/2 après le retour à la connaissance avec quelques oscillations pendant une vingtaine de minutes.

Rien de particulier à signaler sur le pouls, la température, la respiration soigneusement suivis.

Enfin, après 25′ l'apnée volontaire est de 29″ 2/5.

Je dois signaler que dans ces deux expériences je suis le sujet observé, que ces deux expériences ont lieu à une demi-heure d'intervalle, le même jour, que je relève à peine

d'une atteinte assez grave d'influenza et que je suis assis pour l'une comme pour l'autre anesthésie.

Tracé n° 2.

Schéma de la tension artérielle sous l'anesthésie sœmnoformique.

Ces observations ne resteront pas uniques, je les répéterai dans de nouvelles anesthésies et dans de longues interventions, si je le puis, d'une heure ou même plus. *(Tracé 3.)*

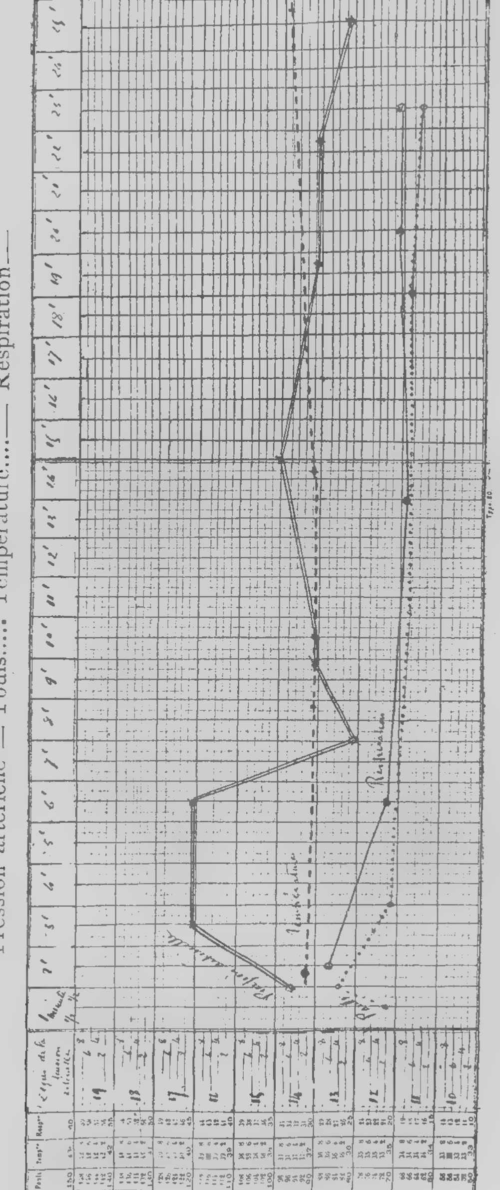
Examen du sang.

L'étude du sang est faite, le 14 mai, sur moi-même (Dr Rolland), âgé de 45 ans, le matin, à jeun, avant et après une courte anesthésie, puis enfin après une longue anesthésie de 18′, le 14 mai 1902, par MM. Sabrazès et Muratet.

Le lendemain 15 mai, ils évaluent le pouvoir hématolytique du chloroforme, de l'éther et du sœmnoforme.

Technique expérimentale.

C'est celle qui a été adoptée et réglée par M. le professeur agrégé Sabrazès et qui est employée journellement au laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine de Bordeaux qu'il dirige.



Tracé n° 3.

Pression artérielle = Pouls..... Température..... Respiration___

Les prises de sang sont faites au lobule de l'oreille lavé à l'alcool à 95° distillé.

L'hémoglobine a été dosée avec l'appareil colorimétrique de Fleischl.

Les numérations des globules blancs et rouges ont été effectuées avec l'appareil de Hayem-Nachet, le sang ayant été dilué dans le sérum :

1° Formules du sérum pour la numération des globules.

Eau distillée................ / Sulfate de soude............	D = 1020.........	100 cc.
Chlorure de sodium..............................		1 gr.
Formol à 40 o/o.................................		3 cc.

L'étude des globules rouges est faite avec des frottis sur lame après fixation par l'alcool absolu et coloration par le bleu boraté.

2° Formule du bleu boraté.

Bleu de méthylène médicinal pur en solution à 2 o/o dans eau de fontaine..........................	10 cc.
Borate de soude.................................	0 gr. 90
Alcool absolu...................................	VIII gouttes.

L'étude morphologique des globules blancs est faite avec des frottis fixés par la chaleur à 115° par l'éosine.

3° Éosine aqueuse (dite française) sol. à 1 o/o dans eau distillée et par le mélange éosine, bleu de méthylène, méthylal.

4° Sol. aqueuse de :

Bleu de méthylène à 1 o/o...... / Alcool absolu..................	ãã....................	20
Sol. aqueuse d'éosine 1 o/o............................		12
Acétone pure..		28

Toutes ces solutions sont faites à l'eau distillée. Quoiqu'elle soit longue, je n'indique cette technique que pour favoriser les études nouvelles que mes recherches pourraient provoquer.

Entrons maintenant dans nos études :

1° *Recherche.*

Sujet à jeun. Sang physiologique examiné avant l'anesthésie.

Hémoglobine........	102 o/o	par mm. cube
Globules rouges......	4.991.000	
— blancs.......	6 000	

Les globules rouges sont normaux.

Globules blancs :

Polynucléées neutrophiles...........	67.48 o/o
Lymphocytes......................	26.60
Mononucléés......................	1.90
Eosinophiles......................	1.52
Mastzellen........................	0.38
Formes de transition	1.14

*
* *

2° *Recherche.*

Pendant une anesthésie de courte durée (5 minutes).

Hémoglobine........	94 o/o	
Glob. rouges.........	4.470.200	par mm. cube
Glob. blancs.........	5.580	d°

Les globules rouges sont normaux.

Globules blancs.

Polynucléées neutrophiles	66.50 o/o
Lymphocytes..........................	29.26 o/o
Mononucléés	0.76 o/o
Eosinophiles	0.76 o/o

Conclusion. — Les différences sont dans les limites des oscillations physiologiques.

*
* *

3° *Recherche.*

Au cours d'une anesthésie prolongée (18').

Hémoglobine................	94 o/o.	
Globules rouges...............	4.501.200	par mm. c.
Globules blancs...............	4.960	

Les globules rouges sont normaux.

Globules blancs.

Polynucléés neutrophiles	65.92 o/o.
Lymphocytes	31.84 o/o.
Mononucléés	0.63 o/o.
Eosinophiles	1.60 o/o.

Conclusion. — Ici encore nous ne constatons aucune modification présentant quelque importance entre le sang qui est examiné avant l'anesthésie et celui qui est examiné après. Les différences sont dans les limites des oscillations physiologiques.

*
* *

4° *Recherche.*

Une demi-heure après la longue anesthésie.

Hémoglobine	97 o/o.
Globules rouges	4.898.000 par mm. c.
Globules blancs	2.480

Les globules rouges sont normaux.

Globules blancs.

Polynucléés neutrophiles	72.91 o/o.
Lymphocytes	23.09 o/o.
Mononucléés	0.49 o/o.
Eosinophiles	2.70 o/o.
Formes de transition	0.80 o/o.

Conclusions. — Après une longue anesthésie, les modifications hématologiques sont très peu marquées. On note :

1° Un léger accroissement des polynucléés neutrophiles ;

2° Une légère diminution des lymphocytes ;

3° Une très légère augmentation des éosinophiles.

En somme, l'anesthésie au sœmnoforme d'une durée de 5′ à 18′ ne produit aucune modification importante de l'état du sang.

*
* *

RECHERCHES SUR L'HÉMATOLYSE.

1° *Expérience.*

Une goutte de sang est incorporée à du sérum physiologique (solution isotonique).

Un jet de somnoforme agissant par refroidissement seul ne produit pas l'hématolyse.

Plusieurs gouttes de sœmnoforme sont nécessaires pour produire une légère hématolyse par coagulum.

L'action de l'éther est beaucoup plus rapide.

Il n'y a pas de formation de méthémoglobine.

*
* *

2° *Expérience.*

On incorpore à une solution physiologique de sel marin à 9 o/oo deux gouttes de sang dans une série de quatre tubes ouverts contenant à peu près la même quantité de liquide.

On ajoute le même nombre de gouttes de chloroforme, éther, sœmnoforme.

On agite, on centrifuge et l'on voit que les tubes contenant le chloroforme ont seuls cédé de l'hémoglobine (trois gouttes), les tubes auxquels on a ajouté éther et sœmnoforme ne sont nullement laqués.

On ajoute cinq gouttes de substance active et l'on voit que le tube contenant l'éther est complètement laqué après centrifugation, tandis que le tube contenant le sœmnoforme a cédé de l'hémoglobine au milieu, mais beaucoup moins. Il y a un dépôt de globules appréciable, il n'en existe pas dans le tube précédent, éther.

On ajoute trois gouttes de sœmnoforme et le tube est alors complètement laqué.

On trouve un coagulum dans les tubes éther et chloroforme et de petits coagula poudreux dans le tube sœmnoforme.

*
* *

3° *Expérience.*

Quand on opère un tube bouché dans les mêmes conditions, on voit que le chloroforme produit le premier l'hématolyse, le sœmnoforme le second, l'éther vient en troisième lieu.

*
* *

Conclusions. — A tube ouvert le sœmnoforme, plus volatil que le chloroforme, ne produit pas d'hématolyse alors que, à même dose, le chloroforme et l'éther la produisent. A tube fermé à doses progressivement croissantes, le chloroforme laque le premier, le sœmnoforme le second, l'éther le troisième.

Pour terminer, messieurs, je vous dirai qu'un fait domine tout ici : cette nombreuse pratique sans incidents. C'est ce qui m'a encouragé à entreprendre des recherches où m'ont gracieusement aidé mes anciens camarades d'études, les jeunes maîtres de notre Faculté de médecine. Je ne m'illusionne toutefois pas, et en soumettant ces travaux à votre bienveillante critique, je sais qu'il me reste à travailler encore beaucoup avant d'oser affirmer en anesthésie la plus simple des propositions.

Discussion.

M. Sauvez. — J'adresse tous mes remerciements au Dr Rolland pour le travail très documenté qu'il nous a présenté d'une façon si scientifique.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire Général,
Vichot.

Mercredi 13 août.

(Suite).

Présidence de M. Delair, vice-président.

OBSERVATION DE PROTHÈSE IMMÉDIATE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le Dr Léon Frey,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Le 1er mai 1900, M. le professeur Mignon, chef du service des blessés au Val-de-Grâce, voulut bien me demander de l'assister pour un jeune soldat, victime le 31 mars, donc deux mois avant, d'un accident de tir qui l'avait atrocement défiguré.

Agé de 22 ans, doué d'une excellente constitution, le nommé C... avait reçu un coup de fusil qui lui avait emporté toute la portion horizontale du maxillaire inférieur, jusqu'aux troisièmes grosses molaires droite et gauche et toutes les parties molles qui y attenaient : le plancher buccal, la lèvre inférieure, le menton avaient disparu ; par un immense hiatus de cinq centimètres dans sa plus grande largeur, pendait la langue, énorme, tuméfiée, bridée par la cicatrice d'une vaste section transversale. La rétraction cicatricielle immobilisait en haut et en dedans les branches montantes avec les portions restantes de la branche horizontale. La mâchoire supérieure avait subi un véritable éclatement dans ses deux tiers antérieurs, mobiles en trois fragments, un incisif, deux latéraux. Elle redevenait normale et résistante, immobile, à partir de la deuxième grosse molaire à droite, de la première grosse molaire à gauche.

C... était nourri par la sonde œsophagienne ; la parole, la déglutition étaient impossibles ; la salive s'écoulait le long des bords de la langue.

Mon excellent maître, le Dr Claude Martin (de Lyon), que je consultai et qui voulut bien venir voir le malade au Val-

de-Grâce, me conseilla de mobiliser tout d'abord les deux fragments postérieurs de la mâchoire inférieure.

Mon très distingué chef de laboratoire, M. Philippoteaux, me fit immédiatement deux coins-glissières en caoutchouc

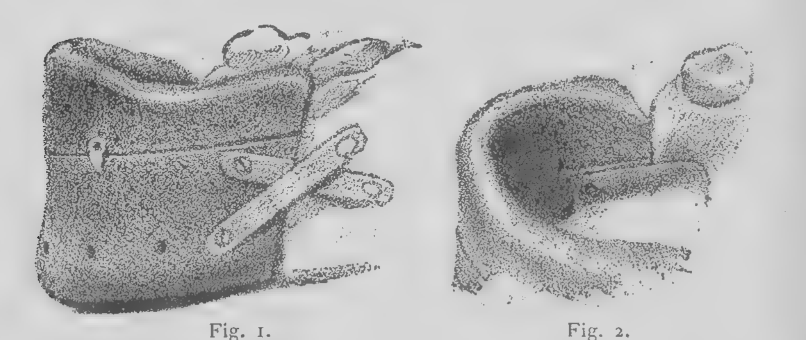


Fig. 1. Fig. 2.

vulcanisé, vissés sur une tige métallique en fer à cheval et qui venaient s'appliquer sur les deux dents de sagesse restantes. Notre malade maintenait la tige avec sa main et il ne tarda pas à constater que les fragments rétractés se relâchaient de leur immobilité, et permettaient peu à peu aux coins-glissières de s'enfoncer d'avant en arrière jusqu'à leur plus grande épaisseur sur les deux troisièmes molaires.

Pendant les mois de mai et juin 1900, je me contentai de mobiliser ainsi ces fragments ; durant cet intervalle, les fractures du maxillaire supérieur se reconsolidaient et la langue reprenait peu à peu un volume à peu près normal. Le 2 juillet 1900, c'est-à-dire trois mois après le traumatisme, l'intervention devient possible.

M. le professeur Mignon, avec l'assistance de M. le professeur agrégé Sieur, ouvre largement l'hiatus dans la direction de la base des branches montantes et je puis y visser le squelette prothétique qui tout à l'heure devra guider la reconstitution chirurgicale des parties molles.

M. Philippoteaux, suivant très exactement les indications du Dr Martin dans son magistral traité de la prothèse immédiate et celles du Dr Roy dans sa thèse, avait fait le

maxillaire en caoutchouc vulcanisé que je vous fais passer sous les yeux : portion basilaire avec canaux d'irrigation, portion alvéolaire s'enfonçant à frottement dur par deux pivots dans la première. *(Voir fig. 1.)*

Je n'insiste pas sur les détails de fabrication et de cuisson que vous connaissez tous, en particulier cuisson très lente et très longue : quatre heures à 145° en mettant une heure pour atteindre cette température.

Les moyens de fixation étaient les suivants : en dedans deux plaques d'acier étamé (larges de 1 cm. 1/4, longues de 2 centimètres), vissées sur la partie basilaire, devaient venir simplement s'appliquer sur la face interne de la base de la branche montante *(voir fig. 2)*; en dehors, deux lames entre-croisées, larges d'un demi-centimètre, longues de 2 centimètres d'une part, étaient, à droite comme à gauche, vissées sur la pièce, et d'autre part elles devaient l'être sur la face externe de la base de la branche montante. *(Voir fig. 1.)*

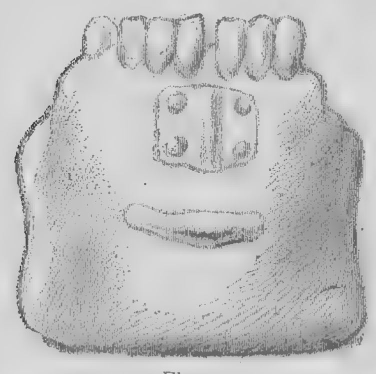


Fig. 3.

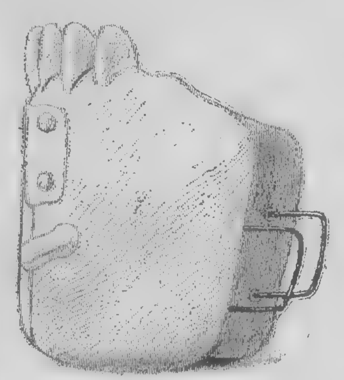


Fig. 4.

Je place donc mon appareil assez facilement ; mon foret, mes vis étant exactement calibrés, je puis en quelques minutes immobiliser ma pièce en bonne position.

Sur ce squelette prothétique, le Dr Mignon, opérant par glissement, empruntant du tissu au cou et à la partie supérieure de la région présternale, vient refaire un plancher buccal, un menton, une lèvre inférieure.

Les suites opératoires furent assez simples : pendant trois semaines environ, la circulation veineuse, bridée par le tiraillement des tissus, eut du mal à s'établir; puis l'œdème qui en avait été la conséquence disparaissait peu à peu et, un mois après, notre malade ne gardait plus pour tout pansement qu'une mentonnière destinée à éponger la salive qui



Fig. 5.

s'échappait par une fistule du plancher buccal. Le Dr Mignon ne tardait pas à la réparer.

La propreté de la bouche était obtenue au moyen des canaux d'irrigation, pendant les premiers jours; mais peu à peu ils fonctionnèrent mal en raison des bourgeons charnus qui s'y enfonçaient et les lavages durent être complétés et peu à peu faits presque exclusivement avec la poire.

Le soldat C... recommençait à se nourrir normalement ; il pouvait boire, prendre des aliments liquides et mous, il déglutissait très bien et reprenait l'habitude de la parole. Il fumait avec la plus grande facilité.

J'ai laissé le premier appareil pendant un an, de juillet 1900 à juillet 1901, et, fait remarquable, il fut constamment bien supporté. Je l'ai laissé pendant un temps aussi long. contrairement aux recommandations du Dr Martin, d'abord parce qu'il était très bien toléré, ensuite parce que je voulais permettre à tous ces tissus bridés par la rétraction cicatricielle de s'assouplir.

Tout allait à notre gré, sauf que l'ouverture buccale était un peu petite et que la lèvre inférieure, non loin de la commissure gauche, était légèrement éversée. L'intervention chirurgicale pour y remédier eût été fort simple, mais C..., d'une intelligence médiocre, se déclarait satisfait depuis que des poils un peu longs dissimulaient à peu près les cicatrices et il se refusait à toute nouvelle opération.

M. Philippoteaux, en raison des difficultés pour entrer et sortir la pièce définitive, dut s'écarter des indications du traité de Martin. Il fit un appareil en caoutchouc amalgamé très lourd (la cuisson peut se faire alors comme pour les pièces ordinaires, c'est-à-dire à 165° pendant une heure). Cet appareil est divisé en deux parties, droite et gauche, qui sont réunies sur la ligne médiane, dans l'épaisseur du caoutchouc (pour éviter de blesser la muqueuse) par une articulation à charnière pour en permettre l'introduction plus facilement, et un ressort pour lui faire reprendre sa courbure normale. *(Voir fig. 3.)*

Impossible de mettre des ressorts s'accrochant en haut sur un appareil adapté à la voûte palatine en raison de l'étroitesse buccale ; postérieurement, s'appuie sur la muqueuse de la face interne des branches montantes et sans la blesser, un fil rond en alliage de platine, faisant fer à cheval, et ajusté sur l'appareil par deux œillets et un clou porte-ressorts qui fait rivet. Pas de molaires, mais des surfaces en caoutchouc blanc, qui ont été ultérieurement

articulées très exactement avec les dents correspondantes de la mâchoire supérieure. *(Voir fig. 4.)*

Je fis assez péniblement sauter l'appareil provisoire pour introduire cet appareil définitif.

Au bout d'un mois, celui-ci avait pris sa place sur le



Fig. 6.

plancher buccal néo-formé et nous arrivions à faire postérieurement une articulation parfaite.

C... ne peut pas manger d'aliments durs, mais il se nourrit d'aliments mous et demi-durs. En janvier 1902, il quittait le Val-de-Grâce parlant bien, fumant, mangeant dans les conditions particulières que nous venons de dire, se déclarant tout à fait satisfait, mais nous, regrettant toujours qu'il se fût refusé à une intervention chirurgicale, qui nous

aurait donné toute satisfaction au point de vue prothétique.

De cette observation, permettez-moi de tirer quelques conclusions intéressantes :

1° Il est possible de mobiliser par des coins les fragments postérieurs de la mâchoire inférieure retenus en haut et en dedans par la rétraction cicatricielle et par la contracture musculaire ;

2° Un appareil, vissé à la base de la branche montante, a pu rester une année entière sans entraîner la moindre complication osseuse ;

3° Dans un cas semblable, je suis d'avis de ne pas faire de canaux d'irrigation. Les grands lavages buccaux suffisent ;

4° Une masse prothétique peut prendre sa place sur le plancher buccal, s'y accommoder (comme le font, sur la portion basilaire de la mâchoire chez les vieillards, certains dentiers du bas) et permettre une mastication relativement facile des aliments demi-durs par une bonne articulation des molaires.



FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Session de  **Montauban**

(août 1902).

Nous continuons la publication des travaux de la Fédération Dentaire Nationale par les rapports suivants de MM. Ducournau et Godon, que le manque de place nous avait forcés d'ajourner.

DE LA 4e ANNÉE D'ÉTUDES DE CHIRURGIE DENTAIRE

Par F. Ducournau,

Professeur de clinique à l'École Odontotechnique.

Vous êtes tous au courant, messieurs, des vœux qui furent émis par les membres de la Section d'odontologie au Congrès d'Ajaccio.

Une brochure spéciale sur ces vœux vous fut adressée en octobre dernier et, en outre, nos journaux professionnels ont reproduit le compte rendu de toutes les séances de la Fédération, qui ont eu lieu depuis.

Vous avez donc pu vous faire une opinion sur ces vœux et leur application.

Pour ma part, j'estime que l'adoption de cette mesure par deux de nos écoles féderées aurait dû être plus approfondie avant son application.

Je voudrais bien me tromper, mais je crains que cette 4e année scolaire, telle qu'elle est établie, ne soit vouée à l'insuccès.

Et, si je partage le même avis que la Commission de la Fédération sur la mauvaise organisation des examens de la Faculté de médecine pour la délivrance du diplôme de chirurgien-dentiste, si je reconnais que ce diplôme, tel qu'il est délivré par la Faculté, ne peut offrir des garanties suffisantes à cause des épreuves trop

élémentaires de l'examen pratique, si, enfin, je reconnais qu'il y aurait quelque chose à faire en vue d'une organisation meilleure pour former des chirurgiens-dentistes vraiment dignes de ce nom et relever le discrédit de l'examen d'État, cette année supplémentaire de travaux pratiques de prothèse et mécanique dentaire ne me dit rien dans la circonstance.

Elle aurait certainement du bon et j'en serais l'un des fermes partisans, si l'étudiant était obligé de s'y conformer; mais du moment qu'il est libre de la faire ou de ne pas la faire, je doute fort que la combinaison réussisse.

Que demande, en effet, la généralité des étudiants de nos écoles?

Que nous lui procurions, au bout de trois années d'études, les moyens de passer les examens d'Etat ?

L'ambition de la plupart se borne à obtenir le droit d'exercer. Dès qu'ils l'ont acquis, ils vous font la révérence et vous ne les revoyez plus. C'est du moins ce qui se passe chez nous et je doute fort qu'il en soit autrement dans les autres écoles.

L'humanité est ainsi faite ; pourquoi lui demander plus qu'elle ne peut donner?

Les étudiants ne cherchent pas à se rendre compte des avantages qu'ils auraient à se perfectionner dans leur carrière, et, à l'exception d'un très petit nombre, qui désire fermement s'instruire et est prêt à affronter tous les obstacles qui barrent son chemin, les autres se laissent vivre et sont incapables de donner le coup de collier que leur impose ce travail supplémentaire, s'ils n'y sont forcés par une loi. Cette loi, nous ne pouvons l'attendre du Gouvernement.

Il nous faut donc chercher autre chose pour remédier au mal qui nous afflige.

Notre distingué confrère M. Martinier nous dit dans son rapport qu'avant la réglementation de la profession les étudiants qui sortaient de nos écoles après leurs trois années scolaires, étaient bien supérieurs, en tant que praticiens, aux diplômés d'État actuels. Et plus loin, il fait observer avec juste raison que les élèves d'alors n'entraient dans nos écoles qu'après un apprentissage plus ou moins long chez un dentiste. Ils possédaient donc dès leur rentrée chez nous une instruction manuelle préliminaire qui les avait préparés utilement à l'exécution des travaux pratiques, et c'est assurément à cette préparation qu'ils devaient leur supériorité sur les candidats d'à présent, tandis qu'au contraire, le temps supplémentaire que ces derniers sont obligés d'employer à des études médicales plus étendues les empêche de se consacrer comme il le faudrait à la technique de notre art et cela fait d'eux des dentistes incomplets.

Malheureusement, plus nous allons et plus nous constatons que les élèves nouveaux prennent leurs inscriptions dès la sortie des classes. Le maniement des outils leur est inconnu, et c'est un tort.

Le retour vers cet apprentissage préalable aux premières inscriptions dans nos écoles devrait faire l'objet de nos préoccupations, car ce serait, vu les circonstances présentes, le plus sûr moyen d'arriver à former de bons praticiens.

Ainsi que nous venons de le voir, la plupart de nos élèves commencent leurs études dentaires aussitôt après avoir obtenu leur certificat d'études primaires supérieures, exigible pour leur première inscription. Ils n'ont en moyenne pas plus de 18 ans et sont encore trop jeunes pour des études aussi importantes. Comme il ne leur faut que douze inscriptions ou trois années complètes pour se présenter aux examens de la Faculté, il s'en trouve parmi eux qui sont diplômés avant d'avoir atteint leur majorité.

On ne peut s'expliquer comment l'Etat a pu commettre cette faute capitale de donner le droit d'exercice à des jeunes gens irresponsables de leurs actes.

La loi qui régit notre profession laisse, sous tous les rapports, tellement à désirer qu'il nous faut chercher à la perfectionner. Le prestige et la considération des écoles françaises est en jeu, nous devons donc nous unir et, tout en conservant notre autonomie et notre indépendance, nous aurons, j'ose l'espérer, des chances d'établir un programme d'enseignement qui comblera en partie les nombreuses lacunes qui font l'objet de nos recherches.

La quatrième année d'études supplémentaires remplira-t-elle l'idéal que nous poursuivons ?

Je le répète, je ne fais pas grand fond sur les résultats qu'elle donnera.

J'opte plutôt pour un apprentissage préalable, bien que je sache que nous n'avons pas plus le droit de l'exiger que nous ne possédons celui de contraindre nos élèves munis du diplôme d'Etat à nous accorder une année supplémentaire.

Si l'idée que j'émets est acceptée, et afin de la rendre efficace, je propose de créer dans nos écoles un cours bénévole de prothèse et de mécanique dentaire et, en plus, je propose de faire une propagande persistante par l'entremise de la Fédération, au nom des écoles fédérées et à l'adresse des familles des jeunes gens qui se destinent à notre art. Il est, en effet, indispensable pour réussir dans nos projets de faire comprendre aux pères de famille la nécessité absolue, pour assurer l'avenir de leurs fils, que ceux-ci doivent posséder à fond la profession afin de pouvoir lutter contre l'envahissement des docteurs-dentistes ; car, comme nous l'a fort bien dit notre sympathique secrétaire général dans son rapport

précis du 24 mai dernier : « Avant dix ans le nombre des docteurs-dentistes sera sûrement doublé ». Le D[r] Sauvez s'est servi pour expliquer cet envahissement de deux phrases typiques, qui pourtant ont pu passer inaperçues et que je me permets de reproduire ici, car je les considère comme utiles à notre propagande.

« Cette invasion est comme la mer montante qui recouvre lentement, mais sûrement la plage ; elle est due à des raisons multiples, qui sont surtout l'encombrement de la carrière médicale et le chiffre des honoraires des dentistes, relativement élevé encore à l'heure actuelle par rapport aux honoraires des médecins. Les dentistes peuvent le déplorer, mais ils ne peuvent l'empêcher, etc. »

Et cette autre phrase :

« Ils doivent (les dentistes) s'unir pour former des jeunes gens qui sortent des écoles et des épreuves du diplôme d'Etat, non seulement avec des papiers paraphés, visés et contresignés, mais avec une instruction professionnelle parfaite, des jeunes gens qui soient de bons mécaniciens et de bons opérateurs pour être à même de lutter avec leurs concurrents médecins, plus favorisés dans la clientèle par le prestige que le public attache souvent, quoi qu'on puisse en dire, au titre de docteur. »

Il est difficile d'exprimer mieux sa pensée que ne l'a fait en cette circonstance le docteur Sauvez.

Ces vérités sont dures à digérer pour nous praticiens expérimentés, mais les générations futures des simples chirurgiens-dentistes auront autrement à lutter pour se défendre contre cette invasion.

Facilitons-leur cette tâche en préparant au mieux de leurs intérêts et d'un commun accord la marche des études professionnelles dans toutes nos écoles.

Je termine, messieurs, mes nombreuses réflexions en émettant le vœu qu'à l'avenir aucun élève en chirurgie dentaire ne soit admis à prendre ses inscriptions s'il ne certifie d'un stage de deux ans dans un laboratoire de prothèse.

Ce même vœu a été proposé par l'Association odontologique de Bordeaux, mais au lieu de deux ans de stage elle en demande trois.

Le terme moyen que j'indique me semble suffisant pour donner à l'élève la dextérité manuelle que nous lui demandons ; la pratique fera le reste.

PROPOSITION

Présentée par M. Godon a la fédération dentaire nationale et a la section d'odontologie de l'A. F. A. S. a Montauban.

Considérant :

Que les vœux émis dans les diverses sections de l'A. F. A. S. à l'occasion des congrès annuels, lorsqu'ils affectent un caractère d'intérêt général, sont généralement transmis par le Conseil d'administration aux pouvoirs publics ;

Que la section d'Odontologie de l'A. F. A. S. se réunit en même temps que la Fédération nationale et qu'elle est composée sensiblement des mêmes membres ;

Que les vœux adoptés par la Fédération nationale sont presque implicitement admis par les membres de la section d'Odontologie ;

Que la transmission de ces vœux aux autorités compétentes par l'Association française pour l'avancement des sciences augmenterait considérablement les chances de leur réalisation par suite de l'autorité qui s'attache aux actes de cette grande et puissante association ;

La Fédération dentaire nationale décide :

Que les vœux ci-dessous et les divers vœux adoptés par la Fédération dentaire nationale à ses séances de Paris et de Montauban 1902, seront soumis à l'adoption de la section d'Odontologie dans sa session d'août 1902, pour être remis, avec les rapports qui les accompagnent, au Conseil de l'A. F. A. S. avec les travaux de la section par le Président, afin d'être transmis, en même temps que les travaux des autres sections, aux autorités compétentes.

Liste des vœux.

Vœux déjà adoptés par la F. D. N. à la session de Paris 1902 :

1er *vœu. Que les écoles dentaires ne délivrent à l'avenir leur diplôme spécial qu'après que les candidats auront obtenu celui de l'État* (p. 27 du Bulletin de la F. D. N.).

2e *vœu. Et suivi les cours d'une quatrième année d'études exclusivement techniques* (p. 29).

3e *vœu. Que ce diplôme soit, pour les écoles fédérées, de rédaction uniforme, avec leur titre respectif, et ne puisse être délivré qu'après des exigences analogues* (p. 30).

4e *vœu. L'instruction générale nécessaire à l'étudiant en dentisterie avant d'être admis à suivre l'enseignement professionnel doit comprendre :*

A. *Une instruction littéraire avec la connaissance de deux lan-*

gues vivantes, permettant d'aborder à 16 ans les études préliminaires spéciales ;

B. *Une instruction scientifique élémentaire ;*

C. *Une instruction manuelle* (p. 67, 68).

5e vœu. A. *Les études dentaires comprennent une partie scientifique et médicale et une partie technique ;*

B. *Leur durée est au moins de 4 années ;*

C. *Les études doivent être organisées suivant une méthode parallèle de tous les cours : enseignement scientifique et médical et enseignement technique simultanément ;*

D. *Les gradués en médecine se destinant à la pratique de l'art dentaire doivent être astreints à suivre au moins pendant deux ans les cours d'une école dentaire* (p. 35-36).

6e vœu. Toutes les études des étudiants en dentisterie doivent se faire exclusivement dans les écoles dentaires, sauf celle de la dissection, en cas d'impossibilité d'avoir des cadavres, mais à condition que le cours soit fait exclusivement à l'usage de ces étudiants (p. 37).

7e vœu. La Fédération dentaire nationale émet le vœu que les écoles dentaires françaises soient fédérées (p. 65).

8e vœu. Il est absolument nécessaire que des chirurgiens-dentistes soient nommés dans des écoles et dispensaires pour l'inspection et les soins à donner aux dents des enfants de ces écoles et qu'ils soient rémunérés pour cette fonction (p. 50).

9e vœu. Il y a avantage, tant au point de vue humanitaire qu'au point de vue pédagogique, à ce que l'étudiant en dentisterie ne soit admis à exécuter des opérations dentaires sur les patients que lorsqu'il se sera préalablement exercé plusieurs fois au laboratoire, en dehors de la bouche d'un malade, à la pratique de ces mêmes opérations (p. 95).

Nota. — Il y a lieu d'ajouter à ces vœux ceux qui ont été émis à Montauban et publiés dans nos précédents numéros.



LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Son but — Son esprit — Ses réunions.

Par M. L. Guillermin, de Genève.

(*Communication à l'assemblée générale de la Société Odontologique Suisse, à Saint-Gall.*)

Chers Collègues,

La Fédération dentaire internationale, dont je viens vous entretenir quelques instants, est la fille légitime du Congrès international de Paris de 1900.

Ceux d'entre vous qui ont eu le privilège d'assister à ces assises grandioses ont pu constater les heureuses conséquences qui en sont résultées au point de vue de notre art. Je ne parle pas seulement des assemblées dans lesquelles on discutait les questions théoriques, des communications et démonstrations dont chacun de nous pouvait tirer profit, des fêtes et banquets où nous avons apprécié une fois de plus la généreuse hospitalité de nos confrères français et qui ont donné naissance à des liens d'amitié précieux à tous. Il y a eu mieux encore : c'est l'effort énorme provoqué par ce Congrès dans toutes les branches de notre art, c'est l'activité prodigieuse de toutes nos Sociétés, des médecins-dentistes de toutes les parties du monde pendant la période préparatoire de cette fête scientifique. Et, chers collègues, quand il nous arrive de voir trop souvent l'indifférence de praticiens capables, qui pourraient apporter à la communauté le tribut de leur talent, il est permis d'envisager comme une cause heureuse celle qui a excité le zèle de ces intelligences somnolentes et leur a fait apporter à la science dentaire une légitime contribution. Au cours de ces fêtes inoubliables, les organisateurs du Congrès se sont demandé avec une certaine mélancolie ce qu'il adviendrait de cet énorme travail. Sans doute, la publication des comptes rendus fixe d'une manière permanente les résultats obtenus — « scripta manent » ; mais cela ne suffisait pas aux Godon, aux Sauvez, à

tout ce brillant état-major de la dentisterie française ; leur ambition était plus vaste ; les relations nouées pendant ces beaux moments avaient contribué à dissiper bien des préjugés ; des éclaircissements précieux, de saines émulations avaient suivi ces entretiens confraternels, de sincères amitiés étaient nées au grand bénéfice de la science ; il fallait entretenir ce feu sacré, maintenir et développer les résultats acquis et reporter sur l'humanité souffrante les bienfaits des progrès accomplis. De là l'idée d'une Fédération dentaire internationale devant assurer une sorte de permanence à l'action des Congrès. Cette fédération comprend tous les présidents des Comités nationaux, ces Comités eux-mêmes, les fédérations et Sociétés dentaires, en un mot, tous les éléments qui avaient contribué à l'extension de l'art dentaire mondial et au succès du Congrès. La Fédération dentaire internationale doit également se consacrer à la préparation méthodique de nouvelles assises internationales ; tel est son rôle.

Son esprit s'est indiqué dans les différentes correspondances et les diverses réunions de ses comités et commissions. La Fédération dentaire internationale est dirigée par un Conseil exécutif de 9 membres qui ont été nommés dans la séance de clôture du dernier Congrès dentaire international, le 14 août 1900. Ce Conseil, s'inspirant des nombreux vœux discutés et adoptés à ce Congrès, a décidé, avant tout, la nomination de deux Commissions qui lui semblaient le mieux répondre aux desiderata signalés : Commission internationale d'enseignement et Commission internationale d'hygiène dentaire publique.

La première de ces Commissions poursuit l'unification des études dentaires dans tous les pays, en leur imprimant un caractère plus élevé et plus complet. Une enquête sérieuse fut faite dans les différents États par les membres de la Commission ; ceux qui assistaient aux réunions de Londres et de Cambridge en août 1901 en discutèrent les résultats, après avoir entendu les rapports envoyés par les membres absents. Les discours prononcés à cette occasion par des professeurs, des médecins et médecins-dentistes de tous pays sont intéressants à plus d'un titre. L'opinion qui paraît être le plus en faveur est que le dentiste doit briller surtout par son habileté manuelle ; l'instruction d'un dentiste, a dit Sir Michaël Foster, professeur de physiologie et vice-chancelier de l'Université de Cambridge, doit avoir pour but et pour seul but d'en faire un ouvrier aussi sûr et aussi utile qu'il est possible. Et, aux applaudissements de l'Assemblée, il émet l'idée que l'instruction médicale complète étant probablement incompatible avec le talent manuel exigé, il faudra se contenter d'une base médicale plus ou moins sommaire. L'utilité d'obtenir le doctorat en médecine ne

paraît donc pas appréciée par la majorité des membres de la Commission internationale de l'enseignement. Je dois dire, chers collègues, que je ne partage pas cette opinion, et un certain nombre de mes confrères sont de mon avis ; j'ai envoyé un rapport personnel dans ce sens au Comité exécutif de la Fédération dentaire internationale. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que les hommes qui ont le plus contribué à éclaircir les mystères des diverses maladies buccales étaient des médecins, pour la plupart — je ne citerai que Harris, Tomes, Magitot, Kœlliker — et que, grâce à leurs travaux, l'empirisme qui régnait dans la pratique de notre art a fait place à une base scientifique solide de laquelle sont sortis les grands perfectionnements apportés à nos méthodes.

A mon avis, la connaissance complète des maladies générales des diathèses est nécessaire ou, du moins, d'une utilité incontestable dans notre pratique journalière ; l'étude sérieuse de la thérapeutique, des antiseptiques, de la bactériologie, nous permettra d'apporter des améliorations nouvelles à nos traitements médicaux. La pratique de la chirurgie exigée pour le doctorat en médecine nous donnera une sûreté de main complète, étendra notre champ d'activité ; nous y puiserons l'expérience indispensable à l'administration des anesthésiques généraux ; en un mot, le docteur dentiste se suffira à lui-même dans toutes les circonstances les plus difficiles de notre pratique, il pourra faire face à toutes les complications. Sans doute, un simple praticien adroit conservera bien plus de dents à ses patients qu'un excellent médecin qui serait un mauvais dentiste, mais je pense que l'idéal à poursuivre pour nos successeurs serait de réunir la connaissance de l'art médical complet à l'habileté manuelle la plus parfaite. C'est pourquoi je constate avec bonheur que les écoles dentaires de tous les pays tendent à augmenter la durée des études théoriques et pratiques ; c'est aussi l'opinion de notre éminent collègue, le professeur Billeter. Le professeur Métral, de Genève, est aussi du même avis et voudrait ajouter l'étude de la bactériologie et de l'auscultation. Je comprendrais également qu'une Université, une Faculté de médecine délivrât des grades de docteur en dentisterie, en poussant les études médicales que, je le répète, je voudrais complètes dans une voie plus particulièrement en rapport avec la pratique de notre art. En Angleterre, la nouvelle université de Birmingham vient d'entrer dans cette voie. Du reste, il y a une certaine contradiction entre les paroles et les actes des membres les plus distingués de la science dentaire qui n'admettent pas la nécessité pour les dentistes du diplôme de médecin : presque tous sont docteurs en médecine ; de plus, en Autriche, en Italie, le doctorat est exigé ; ces pays ne modifieront pas leur législation, ce sont plutôt

les autres États qui seront obligés de suivre cet exemple.

La deuxième Commission nommée par le Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale est la Commission internationale d'hygiène dentaire ; la Fédération montra par là sa préoccupation louable d'assurer le secours de l'art dentaire à tous, principalement aux enfants, aux indigents et aux déshérités de la grande famille humaine. Le Dr J. Frank, de Vienne, qui préside cette Commission, nous a envoyé un questionnaire très bien compris, qui embrasse tous les cas concernant les soins dentaires ; j'en dépose quelques exemplaires sur le bureau de notre président. En répondant à ce questionnaire, je suis un peu honteux de constater que la pratique de l'hygiène dentaire en Suisse laisse beaucoup à désirer. Certes, il y a des tentatives généreuses, des cliniques pour les pauvres, des confrères dévoués qui consacrent leurs soins aux indigents; qu'ils en soient profondément remerciés ; mais nous voudrions voir étendre les bienfaits de notre profession à toutes les écoles, aux orphelinats, aux asiles de bienfaisance, à notre armée, à tous les groupements qui n'ont pas les moyens de payer un traitement.

Il y aurait lieu, chers collègues, de créer un mouvement d'opinion dans ce sens auprès des pouvoirs publics afin que notre chère Suisse, qui est si souvent à la tête de tous les progrès, ne se trouvât pas distancée dans cette matière par les autres pays. En tous cas, nous devons être reconnaissants à la Fédération dentaire internationale et aux docteurs Frank et Cunningham en particulier, de leur courageuse initiative. Voilà l'esprit qui règne dans la Fédération dentaire internationale.

J'ajoute deux mots en terminant sur les réunions de la F. D. I. Celles de 1901, à Londres et à Cambridge, ont été fort intéressantes ; une réception somptueuse a été faite à ses membres, spécialement par l'Université de Cambridge ; cela montre en quel honneur est tenu l'art dentaire en Angleterre et c'est de bon augure pour l'avenir moral réservé à notre profession.

A Stockholm les réunions de la F. D. I. seront sans doute empreintes du même esprit de courtoisie entre ses membres, de véritable désir de progrès, et la Commission d'hygiène publique saura faire des propositions pratiques pour secouer l'inertie de plusieurs gouvernements européens au sujet de l'extension des soins dentaires, dans les écoles publiques spécialement. La Fédération dentaire internationale mérite donc tout notre appui dans la noble tâche qu'elle s'est imposée.

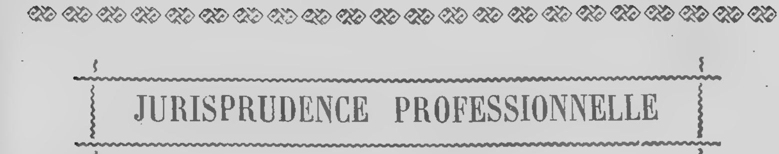
Je regrette, chers collègues, comme membre de la Commission d'enseignement, de ne pouvoir me rendre aux réunions de Stockholm ; notre pays y sera représenté par nos chers et sympa-

thiques président et vice-président, les docteurs Frick et Guye et par notre éminent collègue le Dr Bryan.

Nous pouvons donc être certains que la Suisse fera entendre sa voix dans cette assemblée pacifique, et ce sera, comme toujours, pour le développement des idées de justice, de philanthropie et de progrès.

Adhésion nouvelle a la F. D. I.

Il y a lieu d'ajouter l'Institut brésilien d'odontologie à la liste déjà longue des Fédérations nationales ou Sociétés qui ont adhéré à la Fédération dentaire internationale.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

IMPORTANTE DÉCISION JUDICIAIRE

(Nous reproduisons ci-après l'article du *Dental Cosmos* dont nous n'avons publié qu'un résumé sous ce titre dans notre dernier numéro, p. 427).

Etienne Stump, gradué du collège dentaire germano-américain de Chicago *(Germano-American Dental college)*, avait adressé une requête tendant à contraindre le Conseil des examinateurs dentaires de l'Etat d'Illinois à lui délivrer une licence l'autorisant à exercer l'art dentaire, basée sur le diplôme que lui avait remis le dit collège.

Le 30 avril, le Conseil susmentionné repoussa sa demande de licence en arguant que le dit collège n'avait pas une honorabilité et une réputation suffisantes pour donner une garantie quelconque à ce diplôme. C'est alors que le demandeur avait introduit sa requête de contrainte.

En rendant son jugement, le juge Chetlain dit : « Les questions soulevées ont une grande importance, parce qu'elles touchent non seulement aux droits du demandeur, mais encore aux droits du collège dentaire germano-américain et d'autres collèges. Les questions que le tribunal doit trancher sont les suivantes :

1° Le Conseil a-t-il examiné et décidé si le dit collège est une institution honorable ?

2° A-t-il pris une décision d'après des témoignages convenables et suffisants ?

3° Le Conseil a-t-il refusé frauduleusement, sans cause raisonnable, arbitrairement, malicieusement ou avec l'intention de nuire au dit collège, la licence que réclamait le demandeur ?

Le tribunal a reconnu « que la loi instituant le Conseil des examinateurs d'Etat n'a pas défini le collège honorable et a laissé ce soin à la discrétion du Conseil ; mais cette discrétion doit être exercée dans l'intérêt du public. S'il est clairement démontré qu'il a été fait un abus ou un usage arbitraire de cette discrétion ou avec l'intention manifeste de nuire, elle doit être réfrénée par une ordonnance de contrainte ».

Le juge a exposé ensuite ce que les témoignages avaient établi

touchant la réputation et l'honorabilité professionnelle de l'école en cause, à savoir qu'elle n'avait manifestement pas une honorabilité suffisante pour donner une garantie au Conseil qui reconnaîtrait les diplômés de celle-ci, preuve fournie deux fois.

« Il résulte des témoignages, dit-il, que le Dr Fritz W. Huxmann est et a toujours été le doyen du collège germano-américain et que dès 1891 — et même dès 1888 — le Conseil des examinateurs d'Etat a toujours eu des difficultés avec ce collège. Le Dr Charles Koch, membre du dit Conseil de 1886 à 1891, affirmait à cette époque que ses collègues et lui estimaient que cette école ne donnait pas une instruction suffisante en qualité et en quantité pour être honorable et que son but principal semblait être de graduer des étrangers qui n'avaient pas l'intention d'exercer en Amérique et que pour cette raison elle n'avait pas été reconnue en 1890 ou 1891. »

Les résolutions de 1900 et 1901 qui reconnaissent le collège germano-américain, en acceptant une scolarité de 18 mois comme l'équivalent de 3 ans d'études dans les collèges de langue anglaise, sont, d'après la déclaration du juge Chetlain, une violation directe des règles générales et du règlement du Conseil en vigueur alors.

« La convention du 18 juin 1900, ajoute-t-il, conférant à ce collège le droit d'adopter une scolarité moitié moindre que celle imposée à tous les autres, lui accordait un privilège spécial, dont ne jouissaient pas les autres, et était en opposition directe avec les règles générales du Conseil à cet égard. De même, la partie de la résolution de 1901, accordant un privilège spécial quant à la durée des études, en ce sens qu'elle cherche à dispenser le collège de la règle générale, est considérée comme un abus manifeste des règlements du Conseil et comme absolument nulle et sans valeur, et le collège dentaire germano-américain, bénéficiaire illégal du privilège spécial qui lui a été ainsi conféré, ne peut pas en bénéficier. »



Mariages.

On annonce le mariage de M. Jean Pélissier, chirurgien-dentiste, préparateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Madeleine Maurel.

On annonce également le mariage de M. Charles Férez, chirurgien-dentiste à Laon, avec Mlle Eugénie Allard.

Nos compliments aux jeunes époux.

Nominations.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Rodolphe Chapot-Prévost vient d'être nommé chirurgien-dentiste de l'Hospice national d'aliénés de Rio-de-Janeiro par arrêté du Ministre de l'Intérieur du Brésil.

Nous apprenons aussi la nomination de M. Rousseaux, dentiste à Roubaix, au poste de dentiste du bureau de bienfaisance de cette ville.

Nos félicitations à nos confrères.

Bourse de voyage

L'Académie des sciences de Bavière vient d'accorder au professeur Walkhoff une bourse de voyage pour se livrer à la recherche des restes de l'homme de l'époque du déluge.

Nouvelle société dentaire.

Nous enregistrons avec plaisir la fondation d'une nouvelle Société dentaire sous le nom d'*Association des dentistes de la région dijonnaise*, comprenant 32 adhérents de la Côte-d'Or, de Saône-et-Loire, du Jura, de la Haute-Marne, de l'Aube, du Doubs, des Vosges et de l'Yonne.

La première assemblée générale s'est tenue le 19 octobre.

Cette fondation est due à l'initiative de nos confrères de Dijon, notamment de M. Fléty, auquel nous adressons nos félicitations, en même temps que nous souhaitons succès, prospérité et longue vie au nouveau groupement professionnel.

Exposition d'Hanoï.

Une Exposition universelle doit avoir lieu prochainement à Hanoï, comme on sait. L'École dentaire de Paris a décidé de s'y faire représenter par M. Cossas, chirurgien-dentiste à Hanoï, membre de l'Association générale des dentistes de France.

Vient de paraître : Le tabagisme et son traitement. — *Revue des principaux moyens employés pour combattre la tabacomanie et les accidents causés par l'abus du tabac,* par *M. le Dr Georges Petit.* — (Prix : 1 fr. au siège de la Société contre l'abus du tabac, 20 *bis*, rue Saint-Benoît.)

L'auteur a réuni dans cette brochure les principaux moyens usités pour combattre les méfaits du tabac ainsi que l'habitude de son usage.

Elle s'adresse à tous ceux qu'il est utile d'instruire des dangers que cette habitude leur fait courir. Les fumeurs intoxiqués, dont la volonté est impuissante trouveront dans ce travail une série de procédés qui leur faciliteront la désacoutumance. Ceux qui ont ressenti les atteintes de maladies engendrées par l'abus du tabac y puiseront les moyens de lutter contre les accidents nicotiniques.

Enfin, les fumeurs qui veulent éviter les atteintes de l'intoxication sans renoncer complètement à l'usage modéré du tabac trouveront dans cet opuscule une série de sages conseils d'hygiène raisonnée, dont la mise en pratique sera pour eux la sauvegarde de leur santé

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot..............
} 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

22e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

FÊTE

DE LA DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

SOUS LA PRÉSIDENCE DE

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

La 23e séance annuelle de distribution des récompenses aux élèves de l'École dentaire de Paris a eu lieu le jeudi 13 novembre, sous la présidence de M. Chaumié, Ministre de l'Instruction publique, dans la salle de la Société des agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes.

Cette fête présentait cette année un caractère nouveau par le fait de cette présidence. M. Combes, alors qu'il était ministre de l'Instruction publique, en 1896, avait bien visité l'école, mais c'est la première fois que le grand maître de l'Université assistait en personne à cette solennité.

En 1890 un des prédécesseurs de M. Chaumié en avait bien accepté la présidence, mais il avait chargé du soin de le représenter M. Liard, alors directeur de l'enseignement supérieur, aujourd'hui vice-recteur de l'Université de Paris. Or, si par son Dispensaire, l'école dépend du Ministère de l'Intérieur comme éta-

blissement de bienfaisance, si par son enseignement technique et son syndicat professionnel elle se rattache au Ministère du Commerce, par son enseignement médical et scientifique elle ressortit nettement au Ministère de l'Instruction publique. La présence du chef de ce département avait donc une haute importance pour l'École dentaire de Paris, était une nouvelle consécration de son rôle, un encouragement pour ses administrateurs et un hommage rendu à son corps enseignant. Le Ministre, d'ailleurs, n'a pas manqué de revendiquer pour lui, afin de justifier sa présidence, cet enseignement médical et scientifique, tout comme, en 1901, son prédécesseur immédiat à la présidence, M. Millerand, en avait fait ressortir le caractère technique.

*
* *

Aux côtés du Ministre avaient pris place sur l'estrade, qui forme scène, MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; Strauss, sénateur ; Fringnet, inspecteur d'Académie ; Worms, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Martin, sous-directeur au Ministère des finances ; Godon, directeur ; Martinier, directeur-adjoint ; le Conseil d'administration et le corps enseignant de l'école ; MM. Queudot et Hivert, directeur et sous-directeur de l'École odontotechnique. Dans la salle on comptait environ 800 personnes.

L'entrée du Ministre est saluée par la Marseillaise et la séance est immédiatement ouverte.

M. Sauvez, secrétaire général, commence par donner lecture de lettres d'excuses de MM. Combes, Président du Conseil, ministre de l'Intérieur ; Vallé, Garde des sceaux, ministre de la Justice ; Debove, doyen de la Faculté de médecine ; Expert-Besançon, sénateur ; Berger, Pichot, députés ; Évellin, inspecteur d'Académie

honoraire ; Ducuing, avocat ; Rolland, directeur de l'École dentaire de Bordeaux ; Pont, directeur de l'École dentaire de Lyon ; Ducournau, président de l'Association odontotechnique ; Drs Pietkiewicz, Castex, Plicque, Brémond, Davenport, Ronnet, Poinsot, Douzillé, Lee, etc.

M. Godon, directeur, prononce un discours dans lequel il commémore deux anniversaires, celui de la 1re séance d'ouverture des cours, précisément du 13 novembre 1880, et celui du vote de la loi de 1892 (30 novembre) ; il examine à grands traits les résultats des vingt-deux ans d'existence de l'école et des dix ans d'application de la loi ; adresse quelques critiques à cette loi, montre les difficultés que l'école a dû vaincre, les ennemis dont elle est entourée, le triomphe final et termine en demandant certaines réformes et la réalisation de quelques vœux.

Le Ministre répond qu'il est touché de l'honneur qu'on lui fait de l'ajouter à une liste de savants éminents et de hautes personnalités politiques, se réclame de l'enseignement de l'école pour montrer qu'elle appartient au Ministère de l'Instruction publique, félicite ses fondateurs de leur initiative et ses administrateurs de leur gestion, rend hommage à la loi de 1892, qui a élevé le niveau professionnel, se déclare partisan de la liberté de l'enseignement, salue l'avenir de l'école qu'il entrevoit de plus en plus brillant et remercie l'école de l'avoir appelé à présider cette fête.

Il proclame alors dans les termes suivants les distinctions honorifiques qu'il vient d'accorder au corps enseignant :

« Je suis heureux de pouvoir, ce soir apporter à cette fête les distinctions suivantes : M. Blocman, Georges Henri, vice-président de la Société d'Odontologie et M. Bonnard, Émile, professeur à l'École dentaire de Paris, officiers de l'Instruction publique ;

» M. Gillard, chirurgien-dentiste, ancien directeur adjoint

de l'Ecole dentaire de Paris, officier d'Académie ; M. Billet, secrétaire général de l'Association des dentistes de France, officier d'Académie », *et remet lui-même les insignes aux nouveaux promus, au milieu d'applaudissements prolongés.*

M. Sauvez donne lecture de son rapport, que nous reproduisons plus loin.

Au nom du Conseil d'administration, suivant l'usage établi, M. Godon annonce dans les termes suivants que la médaille d'or attribuée à un professeur échoit cette année à M. Heïdé.

« Tous les ans à cette fête, le Conseil de direction, pour remercier le corps enseignant de cette école de son dévouement et de son désintéressement, me charge de remettre à l'un de ses membres une médaille d'or.

» Cette mission m'est, cette année, particulièrement agréable.

» Le professeur qui a été désigné est M. Heïdé (Raynwald).

» Les titres qui lui ont valu cette distinction sont très nombreux.

» En effet, M. Heïdé, diplômé de cette école en 1884, est membre de son Corps enseignant depuis bientôt dix-huit ans — d'abord démonstrateur en 1885, professeur suppléant, puis professeur titulaire de dentisterie opératoire depuis le 22 avril 1890 — il a été envoyé en mission en Allemagne à Brême, et a pris part à nos divers Congrès comme délégué officiel de la Norvège.

» Enfin, membre actif de la Société d'odontologie et du Comité de rédaction du journal *L'Odontologie*, il est l'auteur de nombreuses communications et publications scientifiques très appréciées.

» Mais, outre ces titres très réels et très suffisants, M. Heïdé en avait encore un autre à cette distinction.

» Depuis l'époque où il est venu comme élève dans notre école, il a aidé et collaboré de toutes ses forces, en France, à toutes ses manifestations. A l'étranger, il a été notre heu-

reux intermédiaire dans presque tous nos rapports avec les pays de langue allemande.

» Mais c'est surtout avec les pays scandinaves que sa collaboration nous a été précieuse, cette année particulièrement, à l'occasion de notre réunion de Stockholm, de notre visite à Christiania, où l'accueil si sympathique, si touchant que nous avons reçu de ses compatriotes nous a laissé une impression profonde et ineffaçable comme celle que nous ont laissée ces magnifiques paysages scandinaves, ces fjords grandioses et ces belles montagnes, tantôt riantes, tantôt sauvages.

» Aussi suis-je heureux de remettre ce soir, au nom du Conseil de direction, cette médaille d'or à notre collaborateur et ami le professeur Heïdé. »

Le Ministre remet lui-même cette médaille.

M. Heïdé remercie le Ministre de ce témoignage de satisfaction de son dévouement à l'école, et remercie le Conseil de direction de cette marque d'estime et de cette confraternelle sympathie.

M. Sauvez procède à la lecture du palmarès et les récompenses sont distribuées. Le Ministre remet lui-même aux lauréats le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Suivant l'usage également et au nom du Conseil d'administration, M. Godon offre au Ministre dans les termes suivants une médaille d'or commémorative de sa présidence :

« Avant de clore la première partie de cette fête, permettez-moi, monsieur le Ministre, de vous remettre, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, cette médaille comme souvenir de la fête que vous venez de présider et de votre entrée dans son comité de patronage.

» J'espère qu'elle vous rappellera agréablement la soirée que vous venez de passer au milieu de nous. »

M. Chaumié accepte en déclarant aimablement qu'il n'a pas besoin de ce souvenir pour se rappeler avec plaisir cette agréable soirée.

Agréable, en effet, car rien n'avait été épargné pour

la rendre attrayante et pour lui donner un vif éclat : fleurs, plantes vertes, décorations, orchestre, buffet, etc., sans parler de la part qui revient aux jolies invitées, venues en si grand nombre, dans des toilettes aussi fraîches que de bon goût.

La séance a été suspendue à ce moment et tous, président, assesseurs, corps enseignant, invités, élèves, sont allés prendre les rafraîchissements qui avaient été préparés. Cette première partie avait duré une heure et demie.

* * *

A dix heures et demie commençait la soirée artistique, qui a été fort goûtée du public et qui a eu un grand succès. Les organisateurs de cette soirée, c'est-à-dire les membres de la Commission des fêtes, ont droit à tous les éloges pour les bonnes dispositions prises, qui n'ont pas peu contribué à ce succès.

Encore une belle page à ajouter à l'histoire de l'Ecole dentaire de Paris et qui fait honneur à l'esprit de ses administrateurs.

DISCOURS DE M. LE Dr CH. GODON

Directeur de l'École.

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,

Il y a vingt-deux ans, le 13 novembre 1880, avait lieu la séance d'ouverture de la première École dentaire française, l'École dentaire de Paris.

Il y a dix ans, le 30 novembre 1892, le Parlement votait définitivement la loi réglementant les conditions d'exercice de l'art dentaire en France.

Le Conseil de direction a voulu célébrer ce soir avec solennité ce double anniversaire : c'est pourquoi il a prié deux de nos présidents d'honneur, amis dévoués de cette institution, M. le sénateur Strauss et M. le député Chautemps, de demander à M. le Ministre de l'Instruction publique de nous faire le grand honneur de venir présider cette fête. Nous vous exprimons, Monsieur le Ministre, notre sincère reconnaissance pour avoir ainsi, en répondant à notre appel, montré que notre institution a acquis vos sympathies et qu'elle peut espérer votre bienveillant appui. *(Applaudissements.)*

Nous remercions également les amis de cette institution d'être venus ce soir en si grand nombre.

Pourtant ce n'est pas sans un certain scrupule que nous vous avons dérangé, Monsieur le Ministre. Nous savons les préoccupations qui vous assiègent dans le grand travail de la réforme de l'enseignement national qu'a entrepris et que poursuit avec une si louable persévérance le ministère à la tête duquel nous sommes heureux de voir un des présidents honoraires de cette école, M. le sénateur Combes.

Nous apprécions l'importance et la portée de cette tâche comme citoyens d'abord, comme pères de famille ensuite ; mais nous l'apprécions encore plus comme éducateurs, car, vous ne l'ignorez pas, vous êtes ici non pas seulement chez des praticiens épris de leur art, groupés en une

grande association professionnelle pour mettre en commun ce qu'ils ont de meilleur en eux, mais encore chez des hommes qui se sont institués volontairement les instructeurs bénévoles des jeunes générations d'étudiants en chirurgie dentaire. Ils ne considèrent leur rôle comme accompli que lorsqu'ils ont donné à leurs élèves, en outre de l'enseignement technique nécessaire pour exercer leur profession avec compétence et de l'enseignement scientifique et médical que réclame l'État, un peu aussi de cet enseignement social sans lequel on ne peut être de nos jours ni un homme utile ni un vrai citoyen.

Nous suivons avec un intérêt passionné la réforme de l'éducation nationale que vous avez eu le grand courage d'entreprendre et que vous aurez, nous en avons l'espérance, le grand honneur de mener à bonne fin.

Aussi nous nous reprocherions de vous dérober un instant de votre temps, si nous n'avions nous aussi, Monsieur le Ministre, à vous présenter ce soir, en un champ peut-être un peu restreint, mais néanmoins très digne de fixer l'attention, cette éducation professionnelle à laquelle se sont consacrés avec persévérance des citoyens dévoués, sans aucun esprit de lucre ou de profits personnels, dans le seul but d'être utiles au public, à l'État et au progrès de leur science. *(Applaudissements.)*

Nous aurions pu, à bien d'autres titres, vous demander votre bienveillance, car nous savons que vous avez la même sollicitude pour toutes les œuvres qui s'inspirent de l'intérêt général et que vous ne ménagez ni votre temps, ni votre peine, ni votre activité pour leur porter vos félicitations et vos encouragements.

Nous aurions pu vous rappeler, parmi toutes les fondations qui gravitent autour de notre Groupement professionnel, notre Dispensaire gratuit, qui nous a valu les sympathies persistantes d'hommes que je vois ce soir à vos côtés et qui sont parmi les plus anciens amis de cette institution, comme M. le sénateur Strauss et le directeur de l'Assistance publique de Paris, M. Mesureur. *(Applaudissements.)*

Mais cette fête est spécialement réservée à notre établissement d'enseignement professionnel ; c'est donc de notre école que je vais vous parler ce soir.

Avant de vous énumérer les résultats qu'elle a produits pendant la période décennale qui vient de s'écouler, permettez-moi, Monsieur le Ministre, de vous faire une première déclaration.

L'École dentaire de Paris est actuellement en rapports réguliers avec les diverses administrations de l'État qui la concernent : Ministères, Université, Académie de Paris, Faculté de médecine, Assistance publique, etc. Elle aide, suivant la mission qui lui a été confiée, à l'application de la loi en préparant de son mieux ses élèves aux examens que celle-ci a institués, on vous dira tout à l'heure avec quel succès.

Cela est son action officielle.

Quant à ses tendances, elles se résument ainsi :

Au point de vue politique, elle est nettement une école d'avant-garde : il suffit, pour s'en assurer, de parcourir la liste de son comité de patronage ; aussi a-t-elle toujours contre elle les éléments rétrogrades.

Au point de vue professionnel, elle s'est instituée le défenseur de la loi du 30 novembre 1892 ; aussi a-t-elle contre elle ceux qui veulent détruire cette loi.

Au point de vue de l'avenir, elle est nettement pour l'autonomie. Ceux qui sont pour l'absorption ne le lui pardonnent pas.

Je dois reconnaître que si ces opinions nettes et précises nous ont valu des amitiés nombreuses et des appuis puissants, elles nous ont aussi fait bien des ennemis ; ce n'est pas pour nous en plaindre que je les énumère : « C'est par le nombre, de leurs ennemis, a-t-on dit, qu'on juge de la valeur des institutions, comme de celle des hommes. »

Pourtant ils nous ont causé souvent quelques embarras. Il m'a paru préférable d'en parler d'abord pour mieux apprécier ainsi les résultats obtenus.

Je ne vous parle pas des difficultés d'ordre matériel;

elles ont peu compté : le dévouement et la générosité des membres de cette école et de la profession en sont rapidement venus à bout.

Mais nos opposants ont employé et emploient encore contre nous toutes les armes pour nous combattre (nos divers présidents en ont fait chaque année l'expérience), depuis le sophisme brillant, trompeur comme le mensonge, mais qui, vide comme lui, s'évanouit à l'analyse, jusqu'au bruit qui rase le sol comme l'hirondelle avant l'orage, murmure, file et sème en courant le trait empoisonné dont parle Beaumarchais.

Enfin, il y a eu aussi malheureusement des amis intéressés qui ont voulu nous absorber ; n'ayant pas réussi, ils sont devenus des ennemis.

Et à ce propos, on faisait à cette école l'honneur de la comparer à une belle jeune fille. Comme elle avait atteint sa majorité et que les succès qu'elle a obtenus ont arrondi sa dot, il s'est trouvé des gens qui ont voulu l'épouser ; mais, conformément à ses principes et à l'avis de ses sages parrains, qu'elle a consultés préalablement (M. le député Chautemps s'en souvient), elle a préféré ne pas se marier. Les prétendants évincés ne lui ont pas pardonné cet acte d'indépendance. Pourtant, cela était bien naturel de la part d'une jeune fille qui ne veut qu'un époux de son choix.

J'ai dit en commençant que ce mois-ci est le dixième anniversaire du vote de la loi qui régit actuellement l'exercice de l'art dentaire.

Ces dix années constituent une période suffisante pour juger une loi, apprécier l'influence qu'elle a pu exercer sur une évolution, constater les effets qu'elle a produits.

L'École dentaire de Paris et le Groupement professionnel dont elle fait partie se sont si complètement identifiés avec la réforme de l'art dentaire depuis vingt-deux ans, ils ont pris une part si active — et, je puis dire, le plus souvent directrice — à tous les événements intéressant les dentistes qui depuis bientôt un quart de siècle se sont déroulés en France et à l'étranger, que leur histoire se confond avec

l'histoire de l'art dentaire elle-même pendant toute cette période.

Fondée douze ans avant le vote de la loi par l'Association générale des dentistes de France, cette École avait ainsi bénévolement assuré l'enseignement de l'odontologie, seule d'abord, puis avec le concours d'autres établissements similaires, créées parfois sous l'inspiration de cette association générale, comme l'École de Lyon, ou d'autres syndicats ou groupements professionnels, comme l'École odontotechnique, dont je vous présentais tout à l'heure les directeurs, ou l'École dentaire de Bordeaux.

Ces institutions avaient ainsi heureusement modifié le personnel qui exerçait l'art dentaire et grandement facilité la transition en introduisant un élément nouveau, le chirurgien-dentiste diplômé, plus instruit scientifiquement que l'ancien mécanicien-dentiste et techniquement que le docteur-dentiste, l'égal, à ces deux points de vue, du dentiste américain, alors très en faveur auprès du public.

Aussi, lorsque la loi a été mise en discussion, parmi les divers projets en présence, est-ce la solution préconisée par les écoles dentaires qui a été adoptée. Cette solution consolidait leur situation et celle de leurs diplômés, qui obtenaient ainsi, avec le titre spécial de chirurgien-dentiste, l'exercice complet de leur art : chirurgie dentaire et buccale, anesthésie locale et générale et prothèse. Elle reconnaissait en outre la scolarité de ces institutions telle qu'elle était organisée avant la loi.

Les décrets complémentaires ont confirmé encore l'existence de ces écoles, surtout la déclaration du rapporteur de la commission du budget de 1894, le député Bastid, que je rappelle souvent, car elle est comme la Charte, la raison d'être des écoles dentaires : elle contient, en effet, en termes précis la déclaration qu'il n'y a pas lieu pour le Gouvernement de créer un enseignement dentaire d'État et investit les écoles dentaires libres de la mission de continuer à donner cet enseignement. Cette décision était sage, car cet enseignement coûterait au budget aujourd'hui un demi-

million par an au moins, et comme le Parlement le réduirait, il végèterait misérablement comme dans tous les pays d'Europe où l'État a voulu assumer cette charge.

Ainsi donc, au lendemain de la loi de 1892, l'enseignement odontologique devenait un véritable service public, mais les écoles dentaires libres en demeuraient chargées par la confiance des Chambres. Elles devenaient ainsi les auxiliaires de l'État dans l'enseignement supérieur.

Les associations professionnelles en général et la nôtre en particulier ont accepté avec plaisir la mission qui leur était dévolue ; et, pendant cette période décennale, elles ont donné sans compter leur concours le plus dévoué, le plus absolu et en même temps le plus désintéressé aux divers pouvoirs publics et surtout au Ministère de l'Instruction publique.

Qu'a produit pendant cette période cette organisation un peu nouvelle dans les traditions de l'Etat, mais cependant assez conforme à la conception républicaine sur l'initiative privée et l'intervention des syndicats professionnels dans les affaires qui intéressent leur corporation ?

D'une manière générale, on peut affirmer que la situation des écoles, des dentistes et par suite de l'art dentaire français a progressé incessamment depuis dix ans, pour atteindre aujourd'hui un degré de développement, d'élévation et de prospérité que l'on aurait difficilement espéré il y a dix ans.

Comme ont pu le constater tous ceux qui ont suivi sans parti pris dans les publications françaises ou étrangères le mouvement dentaire français, comme vous avez pu le constater vous-même, Monsieur le Ministre, par les documents que nous vous avons remis, le progrès est indéniable et sans analogue dans aucune autre période.

Le mouvement provoqué par les écoles dentaires avait déjà pris une certaine importance avant la loi de 1892, mais combien il s'est étendu depuis ! Le nombre des élèves a plus que doublé ; il en a été de même du nombre des cours, des professeurs, des écoles, des journaux, des publications,

et surtout des Congrès nationaux comme ceux de Paris, de Bordeaux, de Nancy, de Lyon et de Marseille, et des Congrès internationaux comme le 3e Congrès dentaire international avec ses douze cents adhérents et ses trois gros volumes de comptes rendus. Nous n'aurons garde d'oublier la Fédération nationale avec ses vingt sociétés adhérentes et ses deux sessions d'Ajaccio et de Montauban, et la Fédération internationale, où dix-sept nations étaient représentées aux deux réunions de Cambridge, l'année dernière, et de Stockholm, cette année. Nous sommes fiers de ces réunions, car la France et l'Ecole dentaire de Paris y occupaient le premier rang et c'est aux délégués de cette école que la direction en avait été confiée.

Il me paraît inutile de retracer en détail l'histoire de ces dix années ; cette simple énumération suffit pour témoigner l'activité des dentistes, la vitalité de leurs sociétés et des écoles dentaires, depuis l'adoption par le Parlement de la loi de 1892, et les conséquences que cette loi a entraînées.

D'une part, l'organisation professionnelle s'est complétée dans toute la France dans des conditions telles que le Ministre du Commerce, l'année dernière, tenait à nous en féliciter. Le mouvement scientifique a été si étendu qu'il a amené l'Association française pour l'avancement des sciences à créer une section spéciale d'odontologie, qui a tenu déjà avec succès deux sessions annuelles. Enfin la situation sociale du chirurgien-dentiste a été elle-même en s'élevant à mesure que s'affirmaient cette organisation et le mouvement scientifique, au point qu'elle équivaut maintenant à celle du docteur en chirurgie dentaire américain, du licencié en science dentaire anglais et qu'on peut répéter qu'il n'y a plus de supériorités nationales, mais seulement des supériorités individuelles, car l'art dentaire français marche maintenant de pair avec celui des nations les plus avancées dans la voie du progrès. *(Applaudissements.)*

Il est donc permis d'affirmer, Monsieur le Ministre — et c'est ce que je voulais démontrer, autant pour notre justification que pour la satisfaction de ceux de nos présidents

honoraires qui s'en sont faits les défenseurs devant le Parlement — comme MM. Brisson, Bourgeois, Mesureur, Chautemps, Rouvier — que la solution adoptée par les législateurs de 1892 et de 1894, malgré certaines oppositions de la part de quelques fonctionnaires mal renseignés, a été heureuse pour l'art dentaire français *(Applaudissements)*.

Mais, puisque l'expérience qui a été ainsi faite par l'Etat avec les écoles dentaires libres et les dentistes eux-mêmes a réussi indéniablement, il y a lieu de la poursuivre.

Nous espérons que les pouvoirs publics nous aideront à nous faire obtenir satisfaction pour certains de nos desiderata, afin de compléter et de parfaire l'œuvre de ces législateurs.

Nous ne parlerons pas des lois sur l'enseignement supérieur libre de 1875 et de 1880 qui sont la base de l'existence de nos écoles ; les déclarations de M. le Ministre de l'Instruction publique au Sénat, ainsi que celles de M. le Président du Conseil nous ont donné l'assurance que l'enseignement supérieur libre continuera d'exister en France, que tout citoyen ayant terminé ses études primaires et secondaires, ayant atteint ce qu'on appelait récemment sa *majorité scolaire*, sera libre d'achever ses études supérieures dans un établissement de son choix.

Mais, s'il est apporté quelques restrictions au fonctionnement de cet enseignement supérieur, notamment par la nouvelle législation sur l'enseignement secondaire, qui lui est indirectement applicable, nous vous demanderons, Monsieur le Ministre, s'il ne sera pas possible d'obtenir qu'un article spécial vise les établissements comme les nôtres, qui ne poursuivent ni un but politique, ni un but confessionnel, mais seulement un but purement technique. Nous appelons sur ce point particulier votre bienveillante attention, car il y a en jeu des intérêts généraux respectables, qui n'ont rien à voir dans le grand débat élevé entre l'enseignement de l'Etat et l'enseignement libre.

Nous avons dit dans notre déclaration de principes que nous acceptons la loi de 1892, quoiqu'elle consacre une in-

justice que nous souhaiterions de voir réparer : on a imposé des obligations d'études et d'épreuves techniques au dentiste, tandis qu'on en exempte les médecins qui veulent exercer l'art dentaire. Cela tient à ce que la conception légale de l'exercice de la dentisterie actuelle a été introduite dans la loi par des médecins fonctionnaires ou législateurs ; mais cette conception est, d'après nous, erronée.

Le Congrès de 1900 et la Commission internationale d'enseignement, cette année, à Stockholm, véritable grand Comité consultatif international de l'art dentaire, ont réclamé pour les médecins un minimum de deux années d'études techniques dans une école dentaire, terminées par un examen technique, comme dans plusieurs pays plus avancés que nous sur ce point, les Etats-Unis par exemple, où les médecins n'ont pas le droit de pratiquer la dentisterie, mais seulement d'enlever des dents en cas d'urgence.

D'autres vœux de la même Commission internationale ou de la Fédération nationale, notamment sur la durée des études et leur sanction, pourraient utilement être réalisés.

Les trois examens définitifs devraient également être modifiés. Le premier et le deuxième devraient avoir un programme limité, nécessaire pour des examinateurs qui, trop habitués à interroger des étudiants en médecine, ont peine à se cantonner dans le domaine restreint réservé aux candidats dentistes.

Quant au troisième examen, contre lequel nous n'avons cessé de protester, il semblerait avoir été organisé dans les meilleures conditions pour faire échouer la loi de 1892, en discréditant les écoles dentaires et le diplôme de chirurgien-dentiste, si nous n'étions certains des sentiments de ceux qui l'ont inspiré.

Il faudrait modifier la composition des épreuves pour que cet examen justifiât son titre, en ajoutant aux épreuves cliniques des épreuves pratiques de dentisterie opératoire et des épreuves pratiques de prothèse.

Il faudrait aussi modifier le jury, choisi uniquement dans un groupe de praticiens adversaires déclarés de la loi et

des écoles dentaires et que, pour cette raison, nous n'avons cessé de récuser. Le mieux serait de créer un corps d'examinateurs spéciaux pris parmi les chirurgiens-dentistes, comme dans la plupart des pays où l'art dentaire est réglementé.

Mais ces diverses modifications et d'autres encore montrent de plus en plus, comme le mouvement que nous rappelions tout à l'heure, que l'odontologie est assez développée maintenant pour former une science spéciale, suivant le principe formulé par Auguste Comte, qu'un de nos confrères de l'Ecole de Bordeaux rappelait récemment : « Par une loi dont la nécessité est évidente, chaque branche du système scientifique se sépare insensiblement du tronc lorsqu'elle a pris assez d'accroissement pour comporter une culture isolée, c'est-à-dire lorsqu'elle est parvenue à ce point de pouvoir occuper à elle seule l'activité permanente de quelques intelligences. »

Ainsi que nous l'exprimons dans notre déclaration de principes, par les conséquences logiques de son évolution l'autonomie de l'odontologie est devenue une nécessité.

Cette autonomie a été réalisée légalement par le titre de chirurgien-dentiste et par les études et les examens qu'il comporte ; elle a été réalisée en fait par les conditions mêmes de son exercice et de son développement scientifique ; elle doit l'être aussi dans l'Université de France, comme chez nos confrères américains, plus avancés que nous dans cette évolution. En effet sur une centaine d'écoles dentaires existant aux États-Unis, plus de la moitié et parmi elles les plus importantes, comme celles de Philadelphie, de Harvard, de Buffalo, de Michigan, de Californie, etc., forment une Faculté spéciale dans leur Université, la Faculté de dentisterie, ou plus simplement le Dental Department, à côté de la Faculté de médecine, de droit, de théologie, etc.

Du reste, n'est-ce pas la solution qui déjà a été adoptée en France pour les pharmaciens ? N'est-ce pas celle qu'a adoptée récemment l'Association française pour l'avan-

cement des sciences, lorsqu'elle a créé la section d'odontologie?

Cela nous conduirait ainsi à la création par l'Université du titre scientifique de docteur en odontologie, que réclament avec raison ceux de nos confrères qui se sont voués à l'étude de la science odontologique.

L'Université de Paris a, du reste, créé déjà un titre analogue pour les pharmaciens, celui de docteur en pharmacie.

Voilà bien l'aboutissant logique de cette évolution vers l'autonomie : le titre de chirurgien-dentiste resterait le titre du praticien donnant droit à l'exercice légal ; l'autre serait celui du savant et serait réservé à ceux qui auraient poursuivi leurs études, produit des travaux suffisants ou des communications scientifiques.

Cela ferait cesser l'équivoque tant exploitée au sujet du titre de docteur en médecine.

Comme l'a dit Paul Bert, l'un de nos premiers présidents honoraires, ce titre n'est, dans l'état actuel, pour le médecin ni un titre de savant ni un titre de praticien.

Par conséquent, il ne peut être non plus pour le dentiste ni l'un ni l'autre, si ce n'est pas un sophisme dont nous avons souvent démontré l'inanité.

Mais, monsieur le Ministre, en vous énumérant ainsi nos désirs, je n'ose pas espérer, si grande soit votre sympathie pour nous, qu'il vous sera possible, par un coup de baguette magique, de les exaucer tout de suite.

Nous savons tous combien, pour qu'une réforme s'accomplisse, il est nécessaire de compter avec un facteur essentiel : le temps.

J'ai seulement voulu vous montrer le but vers lequel tendent les pilotes qui tiennent le gouvernail de notre barque, le but vers lequel ils s'efforcent d'orienter le mouvement à la tête duquel ils sont placés.

Il leur suffit de penser que vous, le représentant autorisé du gouvernement, vous suivez avec intérêt et sympathie leurs efforts pour qu'ils continuent leur route, encoura-

gés et animés d'une nouvelle confiance dans le succès.

Et comme vous le disiez récemment dans une grande et belle pensée : « Qu'importe que l'idéal entrevu soit souvent inaccessible ? Qui a cherché à l'atteindre a monté. Le rêve irréalisé n'en garde pas moins sa beauté, et l'effort, son utilité et sa noblesse. » *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. LE SÉNATEUR CHAUMIÉ,

Ministre de l'Instruction publique.

Mesdames, Messieurs, Monsieur le Président,

Vous avez coutume de solenniser tous les ans la réouverture de vos cours ; c'est une tradition excellente. J'ai été très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider, à mon tour, cette cérémonie qu'avaient, avant moi, présidée tant de membres éminents du Gouvernement ou du Parlement, et aussi tant de savants, tant de maîtres de la médecine française.

Je suis donc venu avec un très grand plaisir. L'an dernier, c'était M. Millerand, ministre du Commerce, qui était à cette place. Il remarquait le caractère technique et professionnel de votre enseignement, et s'en emparait aussitôt pour déclarer que votre École rentrait dans ses attributions. Il avait, certes, grandement raison, mais je veux aujourd'hui partager avec lui.

Ce n'est pas seulement un enseignement technique et professionnel que vous distribuez ici, enseignement technique et professionnel qui fait des chirurgiens-dentistes habiles, et qui, comme vous le faisiez remarquer tout à l'heure avec beaucoup de raison, vous permet de ne plus craindre la concurrence de ces dentistes américains dont longtemps la suprématie fut incontestée. Mais, votre enseignement a aussi un caractère scientifique élevé, et les maîtres qui le donnent m'en voudraient si je ne le constatais publiquement, si je ne vous en félicitais de tout mon cœur. C'est de la sorte que vous appartenez aussi au ministère de l'Instruction publique. C'est pourquoi je me trouve ici, pour ainsi parler, en famille, dans les attributions du département à la tête duquel M. le Président de la République, sur la présentation de M. le Président du Conseil, m'a fait le très grand honneur de m'appeler.

Vous rappeliez avec raison tout à l'heure cette loi de 1892, qui marque une étape importante dans votre vie,

vous en faisiez la critique. Permettez-moi de ne pas vous suivre sur ce terrain. Ce sont là questions sur lesquelles, je serais peut-être, sur certains points, embarrassé, n'ayant pas, pour les traiter, la compétence nécessaire. Et puis, si vous le voulez bien, un jour de fête, alors qu'il y a tant à féliciter, à complimenter, à applaudir, gardons l'examen des critiques pour le lendemain. C'est, du reste, dit-on, ce jour-là que doivent être traitées les affaires sérieuses.

La loi de 1892 a été bienfaisante et vous avez eu raison de la louer : elle a constitué un progrès considérable ; elle a exigé, pour la profession de chirurgien-dentiste, des diplômes obtenus après des travaux longs, après des études sérieuses, preuve éclatante qu'on n'a plus affaire à des empiriques, mais en réalité à des hommes distingués, honorables, élevant la profession qu'ils exercent, parce qu'elle est le résultat d'efforts soutenus, d'un travail consciencieux et de nobles études *(Approbation.)*

Ce dont je tiens à vous féliciter aussi, c'est de votre merveilleuse initiative. Vous ne l'avez pas attendue, cette loi de 1892, comme vous l'indiquiez il y a un moment. Dès que la loi de 1875 a donné à la France la liberté de l'enseignement supérieur, vous vous êtes groupés et vous avez fondé votre Ecole. Les titres que vous y donniez n'étaient pas encore assortis, comme ils le sont par la loi de 1892, des sanctions légales que celle-ci leur a apportées ; mais ils allaient constituer une véritable sélection. Ils allaient grouper les élèves de votre Ecole, leur donner l'enseignement dont je parlais tout à l'heure, et, par là même, ceux qui allaient emporter le brevet de cette Ecole, — qui se préparait à conquérir la réputation, et qui l'a, en effet, conquise, — ceux-là étaient sûrs de trouver bientôt, dès qu'il les connaîtrait, dans le public, sympathie, confiance et estime. *(Applaudissements.)*

C'était une œuvre excellente que vous faisiez, c'était un exemple très bon que vous donniez et d'initiative privée et de groupement intelligent. Oui, vous avez raison de le dire, la loi de 1875, heureusement rectifiée par la loi de 1880

dans certaines de ses parties, a consacré une chose à laquelle nous devons tous applaudir, pour laquelle, moi, j'apporte ici un attachement particulier : c'est, dans toute la mesure où cela est possible, la liberté de l'enseignement. C'est ainsi que, dès avant la loi de 1892, alors que vous étiez au début de votre fonctionnement, les maîtres mêmes de la médecine, les Trélat, les Verneuil, les Pinard, les Hérard, les Paul Bert, venaient présider cette fête et vous apporter, avec leur haut patronage, la consécration de leur situation considérable, et en même temps l'encouragement que méritaient vos efforts et que votre conduite postérieure a justifié. *(Applaudissements.)*

Oui, vous avez fait cela ; votre enseignement technique professionnel est très habile, votre enseignement scientifique est très poussé. Mais il y a une chose que vous n'avez pas dite et que je sais, que je veux dire : en même temps que vous cultivez l'esprit de vos élèves, vous leur enseignez ce qui doit se trouver chez tous les savants, ce qui est le résultat de l'étude : la générosité du cœur.

Je sais les services que vous rendez ; je sais que dans votre dispensaire de nombreux malades viennent et sont soignés. Je sais que, vous élevant ainsi, vous voulez, par ce noble caractère, vous rendre dignes de plus en plus de la situation considérée à laquelle vous appellent vos titres et vos travaux soutenus. *(Approbation.)* Je tiens à vous en féliciter particulièrement, et au nom du gouvernement de la République, et au nom de tous les hommes de cœur. Votre naissance date d'hier, votre passé compte 23 années ; il a été brillant de résultats qui font bien augurer de l'avenir. C'est cet avenir que j'entrevois, votre Ecole s'augmentant, vos élèves rivalisant de travail et d'énergie ; c'est cet avenir que je salue en vous remerciant de m'avoir appelé ici. *(Vifs applaudissements.)*

RAPPORT DE M. LE Dr SAUVEZ

Secrétaire général.

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

L'année dernière, à pareille époque, la fête de distribution des récompenses qui eut lieu à l'École dentaire de Paris sous la présidence de M. Millerand, Ministre du Commerce, avait attiré tant de monde que tous ne purent trouver place, ce que nous avons vivement regretté.

Aussi, le Conseil de direction résolut-il de modifier les habitudes et décida-t-il qu'à l'avenir la séance annuelle se tiendrait dans un autre local. C'est pourquoi nous sommes réunis aujourd'hui dans cette salle de la Société des Agriculteurs, en attendant l'heureux jour où l'Association des dentistes de France possèdera une salle analogue.

Nous voyons par la foule qui se presse ce soir ici que le Conseil n'aura pas à regretter sa décision. Peut-être devons-nous même pour l'année prochaine chercher un emplacement plus grand encore.

Toutefois, monsieur le Ministre, nous avons hésité un moment, dès que nous avons su que vous aviez bien voulu accepter la présidence de cette réunion, à quitter notre chère école, qui abritait depuis longtemps déjà notre fête annuelle.

C'est que nous aurions voulu vous montrer l'installation matérielle de nos divers services, les agrandissements que nous faisons sans cesse, poussés à la fois par le nombre croissant des élèves et par notre désir d'obtenir un résultat supérieur au précédent.

L'école possède actuellement dans une construction nouvelle, spécialement bâtie pour elle, de vastes salles bien aérées et claires, dont la plus importante peut contenir près de cent fauteuils d'opération.

Nous aurions voulu vous montrer toute cette organisation, monsieur le Ministre, et c'est pourquoi nous avons regretté d'être forcés de changer de local, mais nous avons pensé que nous n'aurions peut-être pas à le déplorer, si vous vouliez bien accepter l'invitation que nous avons l'honneur de vous faire, de venir, un matin, nous faire visite pour examiner notre école en plein fonctionnement.

M. Combes, aujourd'hui président du Conseil, a bien voulu déjà nous faire cet honneur, il y a quelques années, alors qu'il était comme vous Ministre de l'Instruction publique.

Nous aurions alors le plaisir de vous montrer la foule de malades qui se presse à notre Dispensaire.

Du 1er novembre 1901 au 1er novembre 1902 il ressort de nos registres qu'il y a eu 42.670 entrées de malades à notre école et tous ont bénéficié des derniers progrès de la chirurgie dentaire moderne.

Nous aurions également le plaisir de vous faire voir de près opérer nos élèves qui sont de jour en jour plus nombreux dans notre école, aux diverses cliniques, et nous obligent à reculer les murs, à agrandir les salles et à augmenter notre local dans tous les sens, de la cave au grenier.

Un seul chiffre suffit pour indiquer cette progression : nous avions 109 élèves en 1896 ; nous en avons eu l'année dernière 212.

Si les élèves viennent si nombreux chez nous, c'est parce qu'ils savent que le diplôme de l'École dentaire de Paris est la garantie d'une bonne éducation professionnelle, la garantie d'un enseignement pratique bien raisonné et bien suivi. C'est parce qu'ils savent qu'ils seront bien préparés à la lutte de la vie et, qu'en nous quittant ils seront assurés de gagner honorablement et le plus souvent largement leur existence, c'est parce qu'ils savent aussi qu'ils seront aptes à subir les examens d'État et là encore il me suffira de citer un seul chiffre : sur 45 élèves de notre École qui se sont présentés cette année au 3e examen, c'est-à-dire qui

avaient déjà subi avec succès le 1er et le 2e, 35 ont été reçus, la proportion est donc d'environ 80 o/o[1].

C'est enfin parce que ces élèves savent que nous employons toutes nos ressources à perfectionner de jour en jour l'enseignement qui leur est donné, puisque la majorité des professeurs ne touche pas d'appointements ou reçoit une indemnité insignifiante et que les administrateurs ne sont pas rémunérés.

Aussi notre budget qui dépasse 100.000 francs et qui est le produit des droits scolaires des élèves et des souscriptions des membres de la société est-il consacré en totalité à l'enseignement des futurs dentistes et au soulagement des malades de notre Dispensaire.

Je dois toutefois faire remarquer que dans ce budget de 100.000 fr. rentrent quelques subventions des pouvoirs publics. Nous touchons en effet 500 fr. du Conseil municipal, 500 fr. du Conseil général et 200 fr. du Ministère du Commerce.

J'ose à peine dire en passant que nous accepterions avec reconnaissance une subvention, quelle qu'elle fût, du Ministère de l'Instruction publique.

Si vous vouliez bien nous faire visite, monsieur le Ministre, nous aurions également le plaisir de vous faire apprécier l'organisation de nos divers services, et peut-être, après les avoir examinés en détail, penseriez-vous que les élèves qui ont suivi pendant trois ans la scolarité prescrite par la loi, et qui consentent à suivre pendant une année supplémentaire les cours pratiques de perfec-

---

1. Nous pouvons compléter ces chiffres par les résultats du 1er examen de la session de novembre 1902, en y ajoutant les notes obtenues par nos élèves.

Sur vingt-cinq de nos candidats qui s'y sont présentés à Paris, vingt-trois ont été reçus, soit une proportion de 92 o/o, avec les notes suivantes : *très satisfait* 2, *bien satisfait* 8, *satisfait* 1, *assez satisfait* 9, *médiocrement satisfait* 3.

D'autres de nos candidats se sont présentés devant des Facultés de province et ont été admis.

27 candidats n'appartenant pas à notre École se sont présentés à Paris : ils ont obtenu les notes suivantes : *bien satisfait* 2, *assez satisfait* 10, *médiocrement satisfait* 11, *ajournés* 4.

On remarquera la supériorité des mentions attribuées à nos élèves.

tionnement de notre 4e année d'études pourraient, à juste titre, être exemptés du 3e examen d'État, après avoir subi les épreuves pratiques que nous leur imposons, qui seraient contrôlées par vos délégués.

A notre école, en effet, ces épreuves sont exécutées sur des patients, sous la surveillance des professeurs ; elles sont nombreuses, variées, bien organisées, concluantes et ne ressemblent que de très loin à celles du 3e examen d'État que notre directeur critiquait déjà tout à l'heure.

Ces dernières ont lieu dans les services dentaires hospitaliers, dont l'organisation est rudimentaire et de plus, cet examen dit pratique, consiste uniquement dans l'examen de malades ; le reste se passe en conversation, puisque les règlements de l'Assistance publique défendent expressément de toucher à aucun malade.

Mais je m'aperçois que le temps passe fort vite, et en tant que secrétaire général je dois plus que tout autre respecter les décisions du Conseil de direction qui a pensé bien faire en divisant notre séance habituelle en deux parties : l'une consacrée à l'ouverture des cours qui a eu lieu, il y a quelques jours, à l'école, et l'autre constituant réellement la fête de distribution des récompenses.

Je suis donc obligé de m'arrêter puisque aussi bien j'aurai l'occasion dans le rapport annuel à l'Assemblée générale de notre Société de parler à nouveau plus complètement de toutes ces choses bien sérieuses, pour laisser nos élèves, nos hôtes et surtout les dames et les jeunes filles qui ont bien voulu accepter notre invitation et égayer notre fête par leur aimable présence, jouir tranquillement, le plus tôt possible, de la partie artistique, qui sera j'en suis certain, plus appréciée.

Je vais donc passer à la lecture du palmarès et à la distribution des récompenses qui sont toujours nombreuses, puisqu'elles sont offertes par ceux qui s'intéressent à notre œuvre.

J'ai remarqué que parmi ces récompenses figure au premier rang une médaille offerte par M. le Ministre du Com-

merce. Nous souhaiterions d'y voir également un prix offert par M. le Ministre de l'Instruction publique.

Avant de donner lecture des récompenses aux élèves, je vais communiquer la liste des distinctions honorifiques accordées pendant l'année aux membres du Corps enseignant :

Le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux, professeur à l'École, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A la séance de réouverture de l'année dernière, M. Millerand a remis à M. Lemerle la rosette d'officier de l'Instruction publique ; à MM. Choquet et Roy les palmes d'officiers d'Académie.

Pendant le courant de l'année MM. Godon et Denis ont été nommés officiers de l'Instruction publique

---

PALMARÈS

ANNÉE SCOLAIRE 1901-02

Fin de 1re année.

Élèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et admis à suivre les cours de 2e année.

Maximum des points : 186. — Minimum : 109.

Session de juillet.		*Session d'octobre.*	
M. Schlax	169 1/2	Mlle Weiskopf	145
Mlles Roussez	163 1/4	MM. Cotard	142 1/2
Tzanck	157 1/4	Moulin	140 1/2
Frey	156 1/2	Clamens	139 1/4
MM. De Lemos	155 1/4	Mlle Hervo	137
Duz	149 1/2	MM. Baumgarten	132 3/4
Mlle Oppenot	149	Morche	132
MM. Villain (Henri)	149	Meunier	129 1/2
Pertuis	146 1/4	Declide	128 1/2
Chassagne	142 1/4	Baudelot	126 1/4
Richard-Chauvin	139	Baye	126 1/4
Van Aerde	138 3/4		
Amoureux	138 1/2		
Cecconi	137 1/4		

Mlle Dulché	137
MM. Reydellet	133
Tacail	133
Bourrelier	129
Duhamel	128 3/4
Mlle Vasseur	119

Fin de 2e année.

Élèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et admis à suivre les cours de 3e année.

Maximum des points : 312. — Minimum : 182.

Session de juillet.

MM. Darcissac (Eugène)	267
Duvignau	261 1/2
Duncombe	255 1/4
Knodler	253 3/4
Mlle Wheeler	252 3/4
MM. Dahler	248 1/2
Renhold	237 1/2
Rozenberg	236 1/2
Mlles Duvert	235 3/4
Boudy	233
Bigaignon	227 1/4
Boileau	227 1/4
Dalbéra	225 3/4
Grosso	223 1/2
Khodoss	221
Morineau	214 1/2
Rousset	206 1/2
Barré	201 1/2
Charbonnier	201 1/2
Wahl	200
Marchand	198 3/4
Levadour	198
Bret	197 1/2
Ferrand	196
Rat	191 1/2
Pezieux	188 1/2
Girardin	185 3/4

Session d'octobre.

Quennet	231
Paillet	227 1/2
Kboul	211 1/2
Gasnier	203 3/4
Clérisse	180 3/4

Fin de 3e année.

Élèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et auxquels le diplôme de fin d'études est accordé.

Maximum des points : 402. — Minimum : 235.

Session d'avril.

MM. De Périndorge.
Payot.
Claverie.
Cany.
Gassin.

Juin.

Cuny.
Crouzet.

Session de juillet.

M.	Guillemin......	361
Mlle	Labie.........	358
MM.	Martinier (G).	358
	Miegeville...	355
	Leconte.....	352
	Scherer.....	345 3/4
	Briola......	338 3/4
	Ricou.......	329
	Gencel......	327
	Duverger...	326 1/2
Mlle	Lempert......	322 1/2
MM.	Chevallier...	322 1/4
	Ribard......	319
	Péré........	310 3/4
	Drain.......	308 3/4
Mme	Kaltchinian...	304
MM.	Jordanis.....	303 3/4
	Schvabacher.	300 3/4
	Baghdjian...	291

Session d'octobre.

Gonard..........	311 1/2
Abrand...........	310 1/4
Dupuy............	309 3/4
Hanck............	309 1/4
Granger..........	307 1/4
Sirotinsky........	303 1/2
Villain (G)........	303 1/4
Degouys..........	296
Lenain............	294 1/2
Geerebaert........	285 1/4
Blum..............	276 1/4
Eymard...........	267 3/4

Élèves médecins.

Elèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et auxquels est accordé le diplôme de fin d'études de l'Ecole dentaire de Paris.

Session de juillet.

MM. Monetti.
Dalban.
Benoît.
Tornabuoni.
Clerico.

Session d'octobre.

M. Gardellini.

Fin de 4e année.

Elèves ayant exécuté d'une façon satisfaisante les travaux pratiques exigés par le règlement et auxquels est accordé le diplôme de fin de 4e année d'études à l'Ecole dentaire de Paris.

Session précédente.

M. Palermo Antonio.

Session de juillet.

M. Brusque.
Mlles Motz.
Frenkel.

RÉCOMPENSES

3e année.

1er Prix d'excellence.

M. GUILLEMIN.

Une médaille de vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.

Une médaille de vermeil offerte par l'Ecole.

Une machine à fraiser offerte par la maison White, de Philadelphie.

Un tour d'atelier offert par la maison Wirth, de Paris.

2e Prix d'excellence *ex-æquo.*

Mlle LABIE.

Une médaille d'argent offerte par l'Ecole.

Une machine à fraiser de la maison Reymond frères.

M. MARTINIER (G.).

Une médaille d'argent offerte par l'Ecole.

Une machine à fraiser de la maison Ash et fils.

3e Prix d'excellence.

M. MIÉGEVILLE.

Une médaille de bronze offerte par l'Ecole.

Un bon de 100 fr. d'instruments à prendre à la Société française de fournitures dentaires.

1re Mention honorable.

M. LECONTE.

2e Mention honorable.

M. SCHÉRER.

3e Mention honorable.

M. BRIOLA.

4e Mention honorable.

M. RICOU.

5e Mention honorable.

M. GENCEL.

6e Mention honorable.

M. DUVERGER.

Prix de prothèse.

M. LECONTE.

Un bon de 100 fr. d'instruments offert par l'Association générale des dentistes de France.

Prix d'épreuves pratiques.

M. MARTINIER (G.).

Une trousse de 10 daviers de la maison Victor Simon.

Prix de clinique.
M. PÉRÉ.
Le Prix Lecaudey.
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

2e année.

Prix d'excellence.
Prix d'épreuves pratiques.
Prix de clinique.
M. DARCISSAC (Eugène).
1 boîte de daviers offerte par la Société coopérative.
1 angle universel offert par M. Audy.
1 volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

1re année.

Prix d'excellence.
M. SCHLAX.
1 maillet automatique offert par la maison L. Riasse.

Prix d'épreuves pratiques.
Prix de clinique.
M. VILLAIN (Henri).
1 coryleur offert par la maison Buchet et Cie.
1 volume offert par M. le Préfet de la Seine, au nom du Conseil général.

Travaux Originaux

SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA PROTHÈSE

Par M. P. Martinier.

En préparant le 3e volume du compte rendu du Congrès dentaire international de 1900, qui va paraître prochainement, nous relisons le discours prononcé par M. Martinier, président de la 5e section, à l'ouverture de cette section. Il répond trop bien aux polémiques soulevées dans la presse professionnelle et aux préoccupations de ceux qui ont la charge de cet enseignement pour que nous ne nous empressions pas de le publier.

E. P.

Messieurs et honorés confrères,

Le grand honneur que vous m'avez fait en me plaçant à la tête de la cinquième section de ce Congrès sera un des événements de ma carrière professionnelle dont je serai le plus fier. Je vous en remercie du fond du cœur et je vous promets de faire tous mes efforts pour justifier votre choix et me rendre digne de votre confiance et de cette distinction.

Si je cherche les motifs qui ont pu vous déterminer à porter vos suffrages sur mon humble personnalité, un seul se présente à mon esprit : mon grand attachement à notre technique professionnelle, connu depuis longtemps dans notre corporation.

Et c'est pour moi un devoir bien doux que de souhaiter la bienvenue aux nombreux confrères accourus de tous les points du monde à cette réunion internationale pour traiter, avec la compétence que leur donnent leur expérience et leurs travaux antérieurs, les différentes questions scientifiques qui seront abordées ici.

Les Congrès internationaux, en dehors des profits reconnus et incontestables qu'en retire la science, présentent ce grand avantage de permettre aux hommes exerçant la même profes-

sion dans les pays les plus différents et les plus éloignés d'établir ou de fortifier les relations les meilleures sous les heureux auspices de la libre discussion des idées.

Une assemblée d'hommes dont beaucoup portent des noms connus, familiers même, parce qu'ils sont incessamment cités dans les revues professionnelles ou dans les comptes rendus des sociétés scientifiques, une assemblée d'hommes qui vont pendant quelques jours travailler en commun dans le seul intérêt de la profession et pour le progrès de sa branche la plus importante, j'ai nommé la « prothèse dentaire », ne saurait pas donner de résultats stériles et doit sûrement porter des fruits.

Puisque c'est un des privilèges de la fonction à laquelle vous m'avez appelé que de causer quelques instants avec vous avant d'ouvrir la discussion, qu'il me soit permis de vous entretenir quelque peu de ce sujet, avec la sollicitude de quelqu'un qui l'affectionne et qui s'est suffisamment occupé de son passé pour avoir le droit de ne pas se désintéresser de son avenir.

La place que la prothèse s'est créée dans notre art est considérable, car, depuis l'époque déjà lointaine où la France fut son berceau, chaque pays a tenu à y apporter sa contribution, et l'on peut dire que durant le siècle qui prend fin la prothèse a été longtemps la partie à laquelle on s'est le plus attaché.

Cependant, si dans la pratique actuelle elle tend à se développer chaque jour davantage, elle semble diminuer d'importance dans les études et dans nos préoccupations de demain.

Ce qui témoigne bien le rôle de la prothèse, c'est le grand nombre de confrères, parmi les plus réputés de la profession dans les divers pays, qui se sont fait inscrire à la cinquième section, pour y présenter et y discuter leurs travaux. La section de prothèse aura à cœur de figurer avec honneur dans ce Congrès et d'y tenir le premier rang par la valeur de ces travaux.

C'est pourquoi j'ai confiance dans la direction qui sera im-

primée à cette branche de notre art, par les discussions qui vont avoir lieu et par les résolutions qui en seront la conséquence.

La prothèse a pris une telle extension, elle embrasse maintenant un terrain si vaste, que ce terrain peut être subdivisé en un certain nombre de champs d'études, pour permettre de choisir, suivant les aptitudes individuelles, celui auquel les praticiens veulent se consacrer.

Malgré cela, la prothèse doit rester indissolublement liée à l'odontologie, dans laquelle il faut qu'elle occupe la place importante qui lui appartient.

On peut affirmer, en effet, sans exagération, que les 9/10 des opérations de notre pratique sont du domaine de la prothèse ; il n'est même pas possible actuellement de déterminer d'une manière précise où commence la prothèse dans nos travaux de cabinet, et les appareils para-dentaires qui vont nous être présentés par notre confrère et ami Michaëls ne permettent pas de dire non plus où elle finit pour les praticiens habiles et ingénieux.

En réfléchissant seulement un instant, nous nous rendrons compte qu'une grande partie des travaux actuels exécutés dans le cabinet et considérés comme rentrant dans la dentisterie opératoire se rattachent par un point quelconque à la prothèse.

Sans aller jusqu'à prétendre, comme certains confrères, que « la résection d'une portion de la dent et son remplacement par une substance ou un métal constituent un acte prothétique », on reconnaîtra que nous nous engageons de plus en plus dans une série de petites opérations qui empruntent à la prothèse nombre de ses procédés. Prenons comme exemple les morceaux d'émail ou de porcelaine fondus, qui nécessitent pour leur préparation une empreinte si fine et si délicate de la cavité ; ne sont-ce pas là des opérations de prothèse ? Et les demi-couronnes, les couronnes, les bridges-works plus ou moins étendus, ne sont-ils pas aussi de notre domaine ?

Comme vous le savez, messieurs, notre technique s'enrichit chaque jour d'opérations où les qualités du prothésiste sont

indispensables, et pourtant un fait a frappé d'étonnement plusieurs des praticiens les plus remarquables de notre profession : l'indifférence que paraît témoigner la jeune génération pour la prothèse, en France tout au moins, quoique la remarque s'applique également aux autres pays, si l'on tient compte de la durée des études dans les écoles étrangères.

Certes, c'est pour nous une grande désillusion de voir le peu d'intérêt que montrent nos étudiants pour ces études, qu'ils considèrent probablement comme négligeables pour exercer leur profession, alors que nous reconnaissons de plus en plus le besoin de connaissances pratiques approfondies, et que les travaux mécaniques prennent chaque jour une extension qui nécessite plus que jamais une grande habileté manuelle et une ingéniosité constante.

D'où vient cette indifférence ? D'où vient cette négligence pour la partie de plus en plus essentielle de notre art ? L'occasion est propice pour le rechercher.

Ce n'est pas, comme on serait tenté de le penser, parce que la prothèse ne donne pas de profits pécuniaires rémunérateurs ; c'est plutôt le contraire, car tous les dentistes font de la prothèse, parce qu'elle s'impose même pour ceux qui prétendent se spécialiser dans les maladies de la bouche ; et il n'est pas téméraire d'affirmer que chez ces derniers mêmes le plus grand nombre des opérations consiste en appareils dentaires. J'irai même plus loin : c'est précisément la prothèse qui nous permet d'élever presque indéfiniment l'importance de nos cabinets, limitée pour les soins au nombre d'heures de travail dont nous pouvons disposer. Non, cela vient de l'erreur commise généralement par nos étudiants de croire que la prothèse est divisée en deux parties : l'une qui s'exécute dans le cabinet et dont ils espèrent toujours se tirer tant bien que mal, l'autre qui est réservée au laboratoire du mécanicien et qu'ils ne jugent pas nécessaire de connaître et par conséquent d'apprendre. C'est parce qu'ils se figurent qu'un mécanicien habile suffira aux besoins de leur clientèle et qu'ils estiment que les travaux manuels doivent demeurer l'apanage d'une catégorie d'artisans spéciaux, qu'ils délais-

sent la dentisterie mécanique. Eh bien, à cet égard qu'ils consultent les hommes les plus distingués de notre technique professionnelle, et ceux-là leur diront, avec une conviction et une sincérité absolues, que les pièces prothétiques relèvent autant de l'homme de science que du mécanicien, et que, pour exécuter convenablement un appareil, il faut en suivre la confection sur le patient et y travailler soi-même.

Je crois, messieurs, qu'il n'est pas besoin d'une longue argumentation pour démontrer combien l'erreur commise par les étudiants est grossière, et que, plus nous avançons, plus la nécessité s'impose de ne pas séparer les travaux du cabinet de ceux du laboratoire. Je ne crains pas de dire que la confection des appareils doit se faire autant au cabinet qu'au laboratoire ; je n'en veux pour exemple que les couronnes, les travaux à pont et la façon dont les meilleurs praticiens comprennent l'exécution des appareils métalliques à plaque, dont toutes les parties doivent être essayées séparément, modifiées, s'il y a lieu, et fixées ensuite dans la bouche avant d'être soudées.

Mais ce n'est pas seulement à une erreur qu'il faut attribuer cet abandon dans lequel ils laissent volontairement la prothèse ; il convient aussi de faire entrer en ligne de compte deux autres raisons impérieuses, c'est-à-dire la difficulté des études prothétiques, causée par l'étendue des connaissances qu'elles exigent, et la difficulté de l'enseignement de cet art, résultant du peu d'importance qui lui est attribué dans les examens d'État.

La difficulté des études est connue de tous ; nous savons que le prothésiste doit être familiarisé non seulement avec les métaux et substances qu'il emploie, mais encore qu'il doit s'assimiler les tours de main, les procédés et les perfectionnements les plus divers.

L'exécution des appareils au laboratoire comporte une série de travaux qui relèvent du moulage, du modelage, de l'estampage, de l'ajustage, du polissage, etc., et quand on possède toutes ces notions, il faut encore savoir les appliquer avec discernement dans les diverses branches de la prothèse, dont chacune exige des études spéciales.

La prothèse dentaire, avec son immense variété de cas, avec les difficultés que présente le choix des innombrables moyens d'y remédier, avec les progrès réalisés constamment dans sa technique et dans son outillage, nous entraîne en ce moment à grands pas, d'un côté, vers les appareils en continuous-gum, qui nous obligent à connaître dans tous ses détails l'art du céramiste, et, de l'autre, vers les combinaisons si nombreuses des couronnes et des bridges qui ne nous attiraient pas beaucoup dès le début, mais dont nous commençons à reconnaître les véritables indications, et que nous nous efforçons de perfectionner pour ne pas blesser l'esthétique de nos patients.

L'orthodontie, cette science si ingrate, dont les problèmes demandent tant de travail et d'imagination, met actuellement deux méthodes en présence : l'une, rapide et hardie, qui nécessite tout le savoir et toute l'adresse du chirurgien-dentiste, l'autre, qui exige toute la patience et la multiplicité des connaissances du véritable prothésiste. Et ce ne doit pas être une mince satisfaction pour nous que de compter dans nos rangs, à ce Congrès, les hommes éminents qui se sont acquis une réputation justement méritée par ces méthodes si différentes, et qui sont disposés à nous en démontrer tour à tour les avantages.

La prothèse restauratrice buccale et péri-buccale, à elle seule, comporte des études, des recherches et des aptitudes toutes particulières, et oblige les spécialistes à des tâtonnements inévitables, qui sont presque la règle en cette matière.

La prothèse immédiate des maxillaires, qu'on peut à bon droit dénommer la prothèse française, puisqu'on la doit aux travaux d'un Français et que c'est seulement en France qu'elle a pris son essor, offre un vaste champ d'action à notre habileté. Enfin la prothèse chirurgicale para-dentaire, que les merveilleux appareils de Michaëls vous mettront à même d'apprécier tout à l'heure, et qui, comme la prothèse des maxillaires, fait du dentiste le collaborateur indispensable du chirurgien, constitue une sorte d'art nouveau qui vient s'ajouter à l'art ancien, mais non le supplanter.

La diversité de ces moyens prothétiques suggère cette observation que les connaissances médicales étendues imposées aux dentistes, et qui trouvent si rarement leur application dans nos opérations de chirurgie et de dentisterie, sont absolument nécessaires pour la combinaison et l'adaptation des appareils, dont la confection veut cependant que le praticien soit prothésiste avant tout. J'ai dit tout à l'heure que nos jeunes confrères sont également éloignés de l'étude approfondie de la prothèse par l'enseignement lui-même et par le programme actuel des examens.

Je vais, si vous le voulez bien, examiner sommairement ce point, sans entrer dans des détails qui pourraient être fastidieux et retiendraient trop longtemps votre attention.

Nous sommes certainement tous d'accord pour reconnaître que le programme des études médicales est beaucoup trop chargé et prend beaucoup trop de temps aux étudiants, au détriment des études techniques et surtout de la prothèse, pendant toute la durée de leur scolarité. La variété et le grand nombre de cours médicaux et de cliniques médicales, les différents stages hospitaliers, ne permettent pas de former les praticiens que nous souhaitons, parce que les travaux pratiques exigés ne sont pas en rapport avec l'importance qu'ils doivent avoir dans notre enseignement et dans la pratique de notre profession.

La différence des éléments qui composent notre corps d'étudiants est aussi un obstacle à l'unification de l'enseignement. Tels étudiants ont déjà acquis quelques notions de prothèse avant leur entrée à l'école et peuvent avancer assez rapidement pendant leurs trois années, alors que d'autres (les docteurs en médecine par exemple), qui ne passent qu'une année à l'école, ignorant les principes les plus rudimentaires de la prothèse, viennent jeter la perturbation dans les travaux inscrits au programme de la troisième année. Le remède à cet état de choses consisterait, à mon avis, à consacrer exclusivement une année entière — la première — à l'enseignement de la prothèse. Cet enseignement serait théorique au

moyen de cours, et pratique au moyen de manipulations ayant lieu toute la journée au laboratoire.

Tout étudiant désireux d'acquérir soit le diplôme de l'école, soit celui de l'Etat, serait astreint à suivre les cours de cette année.

Il demeure entendu que l'enseignement au laboratoire serait donné à l'aide de modèles types, constituant des séries de travaux choisis soigneusement, qui amèneraient les étudiants méthodiquement et progressivement à acquérir le bagage nécessaire pour continuer ensuite leurs études dentaires et compléter leurs connaissances en prothèse pendant les autres années. Peut-être conviendrait-il, pour encourager les étudiants à entrer dans cette voie, de demander aux écoles dentaires la création, chaque année, à la fin de la scolarité et indépendamment des examens de passage, d'un concours ouvert aux élèves de première année, concours dont le programme porterait uniquement sur les matières enseignées dans l'année. Un certain nombre d'élèves sortis premiers de ce concours pourraient être exemptés des droits de la troisième année, à la seule condition qu'ils réussiraient aux examens de sortie. Je donne l'idée pour ce qu'elle vaut; à mes confrères de l'apprécier.

Enfin l'enseignement clinique de la prothèse, qui est la terminaison logique et le complément indispensable des travaux de laboratoire, doit être très étendu.

Il ne suffit pas que l'étudiant sache fabriquer une pièce, il faut aussi qu'il connaisse à fond toutes les opérations préliminaires et complémentaires de la fabrication des appareils. Des démonstrations journalières sur les malades, plusieurs cliniques par semaine (trois au moins) auxquelles les étudiants seraient tenus d'assister, sont absolument indispensables. Nous devons également nous préoccuper de l'avenir des élèves mécaniciens-dentistes, et comme l'apprentissage présente de très graves défauts, nous pourrions admettre cette catégorie d'étudiants à suivre l'enseignement du laboratoire pendant un laps de temps à fixer. Nous formerions ainsi une pépinière de collaborateurs très utiles, qui seraient à même

de confectionner tous les genres d'appareils et qui seraient au courant des perfectionnements les plus récents.

Il est bon cependant de signaler les obstacles qui s'opposent constamment, hélas ! au développement des programmes les plus complets et les plus étudiés.

Pour l'enseignement donné à la clinique de prothèse il est besoin d'un nombre de patients considérable, ce qui entraîne une dépense très élevée pour l'achat des matières destinées à la construction des appareils. De plus, cette fabrication d'appareils par les écoles se fait souvent au préjudice des dentistes qui débutent et qui se contenteraient d'honoraires modestes. Il faut donc de ce côté examiner avec le plus grand soin la question, pour concilier les intérêts de la profession et de l'enseignement avec ceux de nos confrères.

C'est là le point noir à l'horizon, c'est la pierre d'achoppement inévitable. A nous d'essayer de remédier à la situation en trouvant la base d'un accord. Peut-être, en ce qui concerne la prothèse dentaire et l'orthodontie, les appareils fantômes offriraient-ils un moyen économique de remplacer certains cas usuels. Il y a sans doute dans cette voie quelque chose à faire.

J'appelle donc votre attention sur cette question, qui, à la suite des communications qui vont être présentées et discutées ici, devrait faire l'objet de nos préoccupations immédiates, et j'engage les prothésistes de ce Congrès à faire tous leurs efforts pour aboutir à une entente sur ce terrain qui nous est cher à tous, afin de donner à la prothèse la place prépondérante à laquelle elle a droit et d'assurer son développement et ses progrès par la méthode la plus rationnelle. Et je pense que si les membres de cette section, dont la plupart jouissent dans leur pays d'une autorité et d'une influence incontestables, veulent bien mettre cette autorité et cette influence au service de cette cause, nous arriverons à des résultats qui feront date dans l'histoire de notre profession.

Quant à moi, je crois avoir accompli un devoir en faisant entendre cette note pessimiste dans notre réunion, car je pense que les intérêts généraux de la corporation sont enga-

gés et qu'il y a nécessité absolue de former de nouvelles générations de techniciens instruits et habiles dans toutes les branches de notre art, pour répondre aux besoins du public, besoins chaque jour grandissants.

Je vous invite donc, mes chers et honorés confrères, à déposer sur le bureau de cette section des vœux ou projets de résolution qui, examinés par notre Commission des vœux d'abord et par la dernière assemblée générale ensuite, pourront servir de base à des réformes dans l'enseignement des écoles libres, ou être soumis aux pouvoirs publics dans les pays de réglementation.

Et nous aurons ainsi accompli une besogne utile, qui laissera après elle des traces durables et qui fera apprécier davantage l'œuvre que nous avons entreprise et que nous avons espéré voir si féconde en heureux résultats, lorsque nous avons organisé ce troisième Congrès dentaire international. (*Applaudissements.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session
Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Mercredi 13 août.

SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. DELAIR, vice-président.

(Suite)

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE BORIQUE A SATURATION DANS L'ALCOOL EN ART DENTAIRE

Par M. le Dr PONT.

Bien que les questions d'asepsie et d'antisepsie ne soient plus à l'ordre du jour, parce qu'elles sont connues de tout le monde et qu'il n'y ait, semble-t-il, plus rien de nouveau à dire là-dessus, il n'en est pas moins vrai que l'on peut toujours trouver à glaner dans un sujet aussi important et aussi vaste.

D'un autre côté, en ce qui concerne l'asepsie et l'antisepsie en général, les moindres détails ont leur importance et peuvent compromettre le résultat final. Ces remarques sont justifiées même en art dentaire et si nous n'avons pas besoin de faire dans nos interventions une antisepsie aussi rigoureuse que s'il s'agissait par exemple d'une laparotomie, il arrive toutefois que certains traitements n'aboutissent à rien parce qu'on a négligé de prendre quelques précautions antiseptiques en apparence inutiles ou insignifiantes.

Ce n'est pas le lieu ni le moment de faire une sorte de

revue générale sur l'asepsie et l'antisepsie en art dentaire. En effet ces questions nous sont trop familières, non-seulement à nous tous, mais même aux élèves des Écoles dentaires.

A Lyon, les élèves observent soit à la clinique, soit à la salle de dentisterie opératoire, les règles les plus sévères de l'asepsie et de l'antisepsie. Néanmoins, il m'est arrivé dans maintes circonstances de voir des caries du troisième degré devenir incurables parce que la dent s'était infectée, malgré la digue et une antisepsie rigoureuse.

La même remarque peut être notée pour les encapages faits dans les meilleures conditions et pour le traitement des caries du quatrième degré. J'ai pensé que l'infection venait dans beaucoup de cas non pas des instruments, ni même des mains de l'opérateur, mais tout simplement du coton.

Celui-ci, comme on le sait, tel qu'on le trouve dans le commerce, est loin d'être toujours aseptique, d'autre part il nous serait difficile, pour ne pas dire impossible, de le faire passer à l'étuve toutes les fois que nous voulons l'employer.

Le but de cette communication est de montrer que le coton dont nous nous servons dans les conditions normales et habituelles renferme presque toujours des microbes pathogènes et que, au moyen de l'alcool saturé d'acide borique, nous pouvons très facilement, sans perdre de temps, le rendre stérile ; je me hâte de dire que cette méthode n'est pas nouvelle ; elle est employée depuis un certain temps par les laryngologistes, mais il m'a semblé qu'elle n'était pas assez vulgarisée en art dentaire et que par conséquent elle méritait les honneurs d'une publication.

Voici maintenant l'exposé de mes expériences et de mes recherches.

Il est inutile de dire que dans tous les cas qui suivent j'ai pris toutes les précautions nécessaires pour ne pas fausser les résultats.

Expérience I. — J'ai pris au hasard dans le porte-coton d'un élève une petite boulette de ouate que j'ai plongée dans un tube renfermant du bouillon de culture. Quelques

jours après, on constatait un trouble léger avec dépôt abondant granuleux. Au microscope : nombreuses chaînettes de coccus prenant le gram (streptocoques). On trouve en outre quelques coccus de nature indéterminée.

Expérience II. — On enroule autour d'un équarrissoir, soigneusement flambé au préalable, une mèche de coton. Ce dernier avait été recueilli de la même façon que précédemment. On plonge le tout dans un tube renfermant du bouillon de culture : quelques jours après, culture assez abondante en bouillon trouble, dépôt blanc laiteux. Au microscope nombreux coccus prenant le gram, disposés les uns en chaînettes (streptocoques), les autres en amas en forme de grappes (staphylocoques).

Expérience III. — Les recherches portent ici non plus sur le coton, mais sur les mains de l'opérateur. Pour me placer dans les conditions de la pratique courante, je prie un élève de m'enrouler une mèche de coton sur un équarrissoir. L'équarrissoir avait été flambé et le paquet de coton venait d'être ouvert.

J'ajouterai que l'élève qui à ce moment-là traitait une patiente s'était soigneusement brossé les mains et les avait plongées dans une solution de formol, dix minutes environ auparavant. Trois jours après le tube renfermant la mèche de coton préparée dans ces conditions présentait une culture en bouillon fortement trouble avec voile mince tombant au fond. Au microscope : nombreux bâtonnets de 3 à 5 μ de long sur 1 μ de large ; les cultures abondent surtout en spores ovoïdes (elliptiques) caractéristiques ; ces bacilles et le contour de leurs spores prennent nettement le gram ; ils sont mobiles. Ces bacilles, qui ont l'air d'exister à l'état de pureté dans la culture, revêtent tous les caractères du bacillus zophii. Ils pourraient à la rigueur être confondus avec le bacillus alvéi décrit par Vignal, dans le tartre dentaire ; mais Macé a montré que le bacille n'était autre que le bacillus zophii.

Expérience IV. — Cette expérience est répétée dans les mêmes conditions que la précédente et au bout de quelques

jours la culture est positive et l'on trouve au microscope des streptocoques et des bacilles coliformes.

Il résulte de tout ce qui précède que le coton dont nous nous servons dans la pratique courante est d'une façon ou de l'autre toujours septique et qu'il en sera toujours ainsi, à moins de prendre des précautions qui en pratique sont impossibles et irréalisables. Mais il n'en est plus de même si nous nous servons de l'alcool saturé d'acide borique.

Avant d'introduire la mèche de coton dans le canal de la dent, on n'a qu'à plonger la mèche dans la solution et à la passer sur la flamme; l'alcool brûle et, grâce à l'acide borique, laisse le coton intact; on a ainsi une mèche absolument aseptique, comme le démontrent les expériences suivantes.

Expériences V, VI, VII, VIII. — Ces expériences sont faites dans les mêmes conditions que les précédentes avec cette différence que la mèche de coton, avant d'être introduite dans le tube, est imprégnée d'alcool saturé d'acide borique et enflammé. On la plonge dans le bouillon de culture au moment où elle vient de s'éteindre. Les quatre tubes sont restés stériles après huit jours d'étuve à 37°.

Je ne veux pas, messieurs, insister plus longuement sur ce petit point de technique, que d'ailleurs la plupart d'entre vous connaissaient déjà et avaient peut-être même mis en pratique. Je le répète, si je vous en ai parlé aujourd'hui, c'est parce que, à mon avis, ce procédé n'est pas employé assez couramment et qu'il pourra nous rendre des services dans certains cas.

Il y aura avantage à l'employer en effet pour le traitement des troisièmes degrés, lorsqu'après l'extirpation de la pulpe on introduit des mèches de coton dans les canaux pour les dessécher ou pour arrêter l'hémorragie.

Je pourrais encore vous parler de l'utilité de cette méthode dans le traitement des quatrièmes degrés, dans le coiffage de la pulpe, etc., mais je préfère me résumer en concluant :

1° Une méthode très simple et très facile pour aseptiser

extemporanément le coton hydrophile consiste à l'imbiber d'alcool saturé d'acide borique et à l'enflammer ;

2° Grâce à la propriété ignifuge de l'acide borique, l'alcool brûle et s'éteint sans roussir le coton ;

3° Cette méthode est très utile en art dentaire, en particulier pour le traitement des dents atteintes de carie du troisième ou quatrième degré.

Elle nous permet, dans tous les cas où cela est nécessaire, d'avoir à notre disposition, d'une façon simple et rapide, du coton aseptique.

UN CAS DE VITALITÉ DE LA PULPE APRÈS EXTRACTION DE LA DENT ET RÉIMPLANTATION IMMÉDIATE

Par M. Marronneaud.

C'est le 18 janvier 1902 à la clinique de M. Marronneaud, professeur adjoint à l'École et Clinique dentaire de Bordeaux, que s'est présenté le cas qui fait l'objet de la communication.

Cette observation a été relevée par M. Marronneaud et transcrite par M. Ducuing, démonstrateur.

Le sujet, actuellement âgé de 25 ans, accomplissait son service militaire quand le Dr X..., médecin-major à Bordeaux, lui arracha la seconde prémolaire supérieure droite. La dent, saine encore, fut plongée immédiatement dans une solution antiseptique dont le patient ne connaît pas la nature, puis presque aussitôt réimplantée dans sa cavité alvéolaire avec l'aide des doigts qui exercèrent ensuite une pression de quelques minutes. Tel fut le *modus operandi* raconté par le sujet lui-même.

A la suite de la réimplantation se déclara une périostite légère qui ne fut pas soignée et passa au bout de cinq jours.

Depuis cette époque jusqu'à hier le sujet ne ressentit plus rien.

Aujourd'hui, c'est-à-dire plus de quatre ans après, le patient se présente à nous se plaignant de douleurs aiguës et

nous demande l'extraction de cette dent. La carie ayant détruit toute la dentine de la couronne et une partie de l'émail, nous accédons à son désir. Très fragile, la couronne se brise à la première prise de l'élève, mais la racine vient sans difficulté à la reprise.

L'extraction cause une légère perte de sang et le malade, pourtant vigoureux, a un léger mal d'estomac que la position horizontale fait disparaître presque aussitôt.

En examinant la dent ou plutôt la racine (que nous avons conservée pour vous la présenter) nous avions trouvé la pulpe hypertrophiée et sensible. Après l'extraction nous voyons la racine séparée seulement à son extrémité et terminée par deux pointes d'aspect normal ; sur le côté externe, au niveau du collet, nous remarquons une légère adhérence alvéolaire. Aujourd'hui encore au niveau de la chambre pulpaire vous pouvez voir du sang desséché provenant de la pulpe.

Et si nous devons nous en rapporter aux affirmations très catégoriques d'un sujet d'une intelligence plutôt audessus de la moyenne, la présence des dents voisines nous mettant en garde contre une erreur de sa part, nous nous trouverions en présence de la « greffe pulpaire complète », ce qui nous a paru curieux, et c'est la raison qui nous a engagé à vous en faire part.

Les observateurs voudront bien nous répondre et les chercheurs pourront pousser leurs investigations de ce côté et nous apporter dans une future réunion des faits intéressants sur cette question, à savoir :

1° Si ces exemples ont été déjà observés ;

2° Si dans les expériences les réussites sont nulles, rares ou fréquentes.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juillet 1902.

PRÉSIDENCE de M. le Dr ROY, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de l'avant-dernière séance, qui a été publié, est mis aux voix et adopté.

II. — CORRESPONDANCE.

M. Roy. — J'ai reçu une lettre de M. Touvet-Fanton, qui vient d'être victime d'un accident de voiture et s'excuse de ne pouvoir assister à la séance de ce soir. M. Touvet-Fanton joint à sa lettre d'excuses une note (V. ci-dessous) rectifiant une lacune qui s'est produite dans

---

1er juillet 1902.

Monsieur le Président,

Je vous serai obligé de prendre note d'une rectification que je désire faire au compte rendu (p. 527, *L'Odontologie*, 15 juin) de la démonstration pratique sur l'*anesthésie générale obtenue par le coryl concurremment avec absorption d'air*, que j'ai faite lors de la réunion de la F. D. N., au nom de la Société d'Odontologie.

J'ai insisté sur ce fait que le même genre d'anesthésie générale (mixte) peut être obtenu avec le coryl ou tout simplement le chlorure d'éthyle pur, à condition que la pulvérisation soit assez forte, c'est-à-dire que le liquide sorte d'un récipient métallique analogue au coryleur.

Mais un point plus important sur lequel j'ai insisté et dont le compte rendu ne fait pas mention, c'est que, après quelques inspirations qui amènent chez l'opéré un état de stupeur, inspirations qu'il fait pendant qu'on procède à la réfrigération large du champ opératoire préalablement vaseliné, le passage à la réfrigération *externe* du parcours des branches nerveuses, sur la peau de la face, en insistant sur les points d'émergence, précipite la résolution, l'anesthésie générale, qui s'obtient presque à ce moment précis. En effet, la réfrigération, en arrivant à la région temporale, enlève en quelque sorte la dernière résistance de l'organisme.

C'est un phénomène curieux, mais constant, qui n'a pas été signalé et sur lequel je désire insister particulièrement, car il est très intéressant de constater la puissance de cet adjuvant en anesthésie générale, adjuvant qui n'a rien de commun avec l'absorption des vapeurs anesthésiques et qui réduit par conséquent encore les chances d'intoxication.

TOUVET-FANTON.

le compte rendu des démonstrations faites par lui à l'école sur son procédé d'anesthésie locale et *générale* au moyen du coryl. Je lui adresse, au nom de la Société, mes vœux de prompt rétablissement.

L'ordre du jour porte : Application de l'air chaud en art dentaire, par M. Poinsot ; mais M. Poinsot m'a demandé de donner la parole à M. le Dr Mahu pour la lecture de sa communication : Application de l'air chaud en rhinologie.

III. — Application de l'air chaud en rhinologie.

M. Mahu. — Messieurs, permettez-moi de remercier M. le Président et vous de m'avoir admis ce soir dans votre Société ; je suis tout particulièrement reconnaissant à M. Poinsot de m'avoir facilité cette admission.

(M. Mahu donne lecture de sa communication en rhinologie et fait la description de son appareil.)

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la communication de M. le Dr Mahu, que je tiens à remercier d'avoir bien voulu venir ce soir nous faire une communication aussi intéressante, qui, quoique n'étant pas directement de notre ressort, a cependant des points de concordance assez intimes avec notre spécialité puisque M. le Dr Mahu a étudié l'action de l'air chaud sur la muqueuse. Nous avons, nous aussi, à traiter des muqueuses présentant des affections diverses dans lesquelles l'air chaud peut nous rendre de grands services, comme M. Poinsot se propose de nous l'expliquer tout à l'heure.

M. Francis Jean. — Quelle est la température la plus élevée qui puisse s'obtenir ? Je parle comme application à l'art dentaire.

M. Mahu. — Vous pouvez facilement obtenir 200° avec la longueur de ce tube, vous n'avez qu'à augmenter la pression dans une section, et vous aurez à l'issue de l'air chaud à haute température.

M. Roy. — La parole est à M. Poinsot sur l'application de l'air chaud en art dentaire.

IV. — Application de l'air chaud en art dentaire, par M. Poinsot.

M. Poinsot. — Vous savez que la question de l'air chaud est une question très importante, qui nous a tous passionnés depuis longtemps ; nous avons fait autrefois quelques petits essais, je me souviens que le premier résultat a été obtenu avec l'appareil Mikalen, mais cet appareil présentait de nombreux désavantages : il fallait d'abord allumer, visser, puis se servir immédiatement de l'air chaud ; or le patient qui avait vu chauffer cette partie éprouvait quelque inquiétude ; pendant qu'on le rassurait, l'appareil s'éteignait.

Nous avons essayé aussi les appareils à l'électricité, mais l'air obtenu n'était pas suffisamment chaud ; d'ailleurs ces appareils exigent un réglage tout à fait difficile et finissent par coûter fort cher ; je vous fais part de mes petites déconvenues, parce que je n'étais pas très ferré sur les lois de la physique ; mais lorsque j'ai entendu parler des appareils de MM. Lermoyer et Mahu, je me suis empressé de demander quelques explications à ces Messieurs.

(M. Poinsot fait ensuite la description de son appareil.)

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un demande-t-il la parole au sujet de la communication de M. Poinsot.

M. Francis Jean. — M. Poinsot parlait de la stérilisation de la dentine par absorption d'agents médicamenteux ; je lui demanderai de quelle dentine il veut parler est-ce la dentine physiologique ou la dentine pathologique ?

M. Poinsot. — Physiologique.

M. Francis Jean. — Mais elle est cependant infectée :

M. Poinsot. — Qu'est-ce que cela fait ? Si vous desséchez bien votre dentine le liquide y aura toujours pénétré ; d'ailleurs il y a des cas à observer, s'il y a état inflammatoire par exemple.

M. Francis Jean. — Je ne suis pas d'accord avec M. Poinsot, je ne crois pas que la dentine physiologique puisse absorber le médicament.

M. Poinsot. — Je vous répète qu'il y a des points à observer.

M. Francis Jean. — Je précise ma question : Croyez-vous que la dentine normale puisse absorber le médicament ?

M. Poinsot. — Nous pourrions vous convaincre en mettant par exemple des couleurs.

M. Francis Jean. — Je ne suis pas d'accord avec vous, j'ai construit moi-même un petit appareil qui rend de très grands services, c'est pourquoi je me permets de discuter. Vous êtes d'avis que l'air chaud doit être à température différente ?

M. Poinsot. — Suivant les cas.

M. Francis Jean. — Alors je demanderai à M. Poinsot la température qu'il croit la plus élevée pour la carie du 4e degré ?

M. Poinsot. — Ici ce n'est pas une question de température, c'est une question de consistance (75 à 80°). La chaleur à un certain degré est nécessaire pour pouvoir aseptiser, mais il est inutile d'exagérer.

M. Francis Jean. — Il me semble qu'on peut obtenir 120° pour stériliser la dent infectée sans pour cela nuire à ses tissus.

M. Poinsot. — Il y en a qui ne résisteraient pas à 120°.

M. Choquet. — Je demanderai à M. Poinsot s'il a fait des ensemencements de la dentine.

M. Poinsot. — Pas du tout.

M. Choquet. — Alors je répondrai à M. Francis Jean que j'ai fait des ensemencements de dentine infectée et que je n'ai jamais eu d'inconvénients ; j'ai démontré ici que l'on pouvait mettre en évidence la pénétration d'un liquide quelconque aussi bien dans la dentine physiologique que dans la dentine pathologique.

M. Francis Jean. — M. Choquet dit avoir fait des expériences ; ont-elles été faites dans la bouche ?

M. Choquet. — Parfaitement, j'en ai fait la preuve très simplement : ainsi on a reproché à une matière obturatrice, le Sullivan, de colorer profondément ; or j'ai remarqué que le Sullivan, qui est un produit colorant très puissant, ne colorait pas les dents vivantes (je parle de l'épaisseur de la dentine) ; or, lorsque vous voyez une dent bleuir, c'est une dent morte, observez et vous verrez.

V. — Présentation d'un appareil.

M. Roy. — Je donne la parole à M. Poinsot qui désire nous montrer un petit appareil dont la présentation ne figure pas à l'ordre du jour, et qui va vous intéresser sûrement.

M. Poinsot. — Vous savez combien l'emploi de l'alcool absolu est précieux pour nous et combien il est difficile de le conserver tel. Depuis quinze ans je demande à des verriers de me faire des flacons hermétiques sans arriver à une satisfaction parfaite. L'autre jour j'ai eu la bonne fortune de rencontrer M. X... qui m'a fait ce petit instrument, qui, je crois, est destiné à nous rendre les plus grands services ; c'est une seringue construite de façon à ce que chaque goutte employée ne laisse jamais de vide ; de la sorte nous avons toujours la qualité d'alcool absolu selon nos besoins.

M. Roy. — M. Poinsot nous présente là un petit appareil qui peut rendre des services pour nombre de médicaments très ingénieux. C'est en somme la seringue de Lüer, mais combinée de façon à permettre l'écoulement en liquide au fur et à mesure de son emploi.

VI. — Présentation d'un appareil mobilisateur de racines.

M. Poinsot. — Vous savez combien il nous est pénible après avoir enlevé une dent de laisser des racines dans le maxillaire ; nous nous servons, pour les retirer, de tous les instruments (qui ne sont pas toujours commodes, surtout dans une partie du maxillaire inférieur). Je vous présente celui que j'ai fait construire et qui me rend de grands services.

(M. Poinsot fait la description de son appareil mobilisateur de racines.)

Discussion.

M. Roy. — Je remercie M. Poinsot de cette nouvelle présenta

tion d'instrument; c'est, comme vous le voyez, une sorte de langue de carpe d'un genre particulier qui prend son point d'appui sur le menton.

VII. — Moyen nouveau pour obtenir le moulage des bouches.

M. Poinsot. — Au mois d'août 1900, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir vous présenter des moules en galvano-plastie. Dans les procès-verbaux de la Société vous pourriez trouver des communications que j'ai déjà faites à ce sujet, plutôt théoriques que pratiques, il est vrai; mais depuis on est arrivé à faire des choses parfaites.

(M. Poinsot donne lecture de sa communication et présente des modèles.)

Discussion.

M. Roy. — Je crois être votre interprète en remerciant M. Poinsot d'être venu ce soir parmi nous, alors que depuis longtemps nous n'avions eu le plaisir de le voir assister à nos séances. Il nous a prouvé que, bien qu'éloigné depuis un certain temps de nos travaux, il est resté le chercheur que nous avons toujours connu. Nous avons été heureux de voir la série d'appareils et de procédés nouveaux qu'il nous a présentés ce soir; ils sont tous extrêmement intéressants et appelés à nous rendre des services dans notre pratique journalière. (*Applaudissements.*)

VIII. — Prothèse bucco-faciale. Présentation du sujet et de l'appareil.

M. Roy. — Je donne la parole à M. Delair pour sa communication. Je ne crois pas devoir faire circuler cet appareil en raison de sa fragilité, il est préférable que M. Delair vous le présente lui-même; d'ailleurs vous pourrez examiner sa reproduction au musée quand vous le voudrez.

M. Delair donne lecture de sa communication et présente un sujet porteur de son appareil.

Discussion.

M. Delair. — Messieurs, je désire que vous fassiez parler le malade avec et sans appareil, afin que vous vous rendiez compte et que vous puissiez juger le résultat phonétique obtenu.

M. Sauvez interroge le malade qui répond d'une façon presque incompréhensible sans appareil; il l'interroge à nouveau lorsque l'appareil lui a été placé, et le malade répond alors d'une façon très distincte à un certain nombre de questions.

M. Roy. — Messieurs, ce malade a fait l'objet d'une présentation à la Société de chirurgie par M. Sebileau qui l'avait opéré. J'avais

demandé à M. Sebileau de bien vouloir nous le présenter ce soir au point de vue chirurgical pour compléter, la présentation au point de vue prothétique et phonétique de M. Delair, mais M. Sebileau, empêché, m'a chargé de vous transmettre avec ses regrets sa profonde admiration pour M. Delair. Je m'acquitte avec plaisir de cette mission et je fais part en même temps à ce dernier des mêmes sentiments qui nous animent. *(Applaudissements.)*

Le malade. — Messieurs, je ne veux pas m'en aller sans remercier l'École dentaire et M. Delair pour ce qu'ils ont fait pour moi, cet appareil me permet d'être comme tout le monde aujourd'hui ; si je ne l'avais eu, j'aurais préféré me détruire plutôt que de mendier. Messieurs, voilà mon sauveur ! *(Applaudissements.)*

M. Roy. — Nous sommes très heureux de constater ces sentiments de la part de nos malades ; nous sommes bien heureux aussi que notre institution fasse un peu de bien, c'est la meilleure justification de notre rôle et de notre existence.

IX. — Prothèse vélo-palatine.

M. Roy. — La parole est à M. Delair pour sa communication sur la prothèse vélo-palatine.

(M. Delair donne lecture de cette communication et présente ensuite huit malades porteurs d'appareils vélo-palatins exécutés d'après son procédé par des élèves de l'Ecole dentaire de Paris.)

Discussion.

M. Delair. — Voici un malade que je vous présente, non pas comme un résultat, puisqu'un de nos élèves lui a seulement placé son voile n° 2 il y a quelques jours ; mais, comme vous le constatez, voilà des années qu'il porte un voile simple, il parle seulement moins mal qu'auparavant. Je vais m'occuper de son éducation phonétique dès la fin des vacances : une leçon tous les huit jours ce n'est pas beaucoup, mais je vous le représenterai lorsqu'il aura fait des progrès et vous pourrez juger de la nécessité d'une éducation phonétique indispensable, qui peut être faite par le dentiste.

M. Roy. — M. Delair, va faire faire à une malade des exercices orthophoniques pour lesquels le silence le plus absolu est nécessaire.

M. Delair. — Avant de vous faire juges des résultats que peut donner mon voile, je vous prie de constater la façon anormale dont s'exprime cette personne, dont la parole, lorsqu'elle s'est présentée à la clinique il y a quelques mois, était absolument incompréhensible à cause de la rare gravité de son infirmité.

Quelqu'un veut-il bien demander à Madame de répéter après lui quelque proverbe ou des vers connus ?

M. Meng. — On ne peut pas faire boire un âne qui n'a pas soif.

Tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse.

Le sujet répète ces deux phrases d'une façon inintelligible et répond de même aux questions qui lui sont posées par M. Delair.

M. Delair présente l'appareil en or, en explique le fonctionnement au tableau noir et ensuite le fait placer au sujet qui immédiatement répète d'une façon très claire les phrases demandées. (*Applaudissements.*)

M. Delair. — Maintenant, je vais prier Madame de nous réciter quelques exercices où je me suis appliqué à grouper, à accumuler, suivant les articulations à étudier, les mots les plus difficiles à prononcer sans nasonnement. Je vous ferai remarquer cependant que j'ai commencé à donner des leçons à Madame le 14 février dernier à raison d'une seule par semaine pendant une heure, alors qu'il faudrait au moins trois leçons dans le même temps. Si vous le jugez à propos, je suis tout disposé à vous faire, dans une séance ultérieure, une communication sur la méthode spéciale qui me permet d'arriver aux résultats que vous allez constater.

(M. Delair fait alors exécuter à son sujet trois exercices orthophoniques à l'aide de la méthode qui lui est particulière, un exercice de lenteur « La Charité », un exercice de difficulté « Les gueux », et un exercice de vitesse « Les Oisillons ». Cette dernière petite poésie de seize vers est dite très distinctement dans l'espace de trente-huit secondes, quoique composée de phrases difficiles.)

M. Delair. — C'est beaucoup par la persuasion et l'exemple que l'on arrive à un résultat avec des malades timides comme celle que je vous présente. (*Applaudissements.*)

M. Roy. — M. Delair par ses dernières paroles nous montre qu'il est toujours l'homme modeste que nous connaissons, il nous dit : « Messieurs, voilà tout ce que j'avais à vous dire! » comme s'il s'agissait de la chose la plus simple du monde, alors qu'il a réalisé un des tours de force orthophoniques les plus difficiles que l'on puisse faire. Car, vous le savez tous, il n'est pas suffisant de faire un bon appareil pour faire parler les malades atteints de bec-de-lièvre : on peut faire des appareils parfaits, mais généralement les malades ne parlent pas sensiblement mieux, il faut que la pose de l'appareil soit suivie d'exercices phonétiques. Ceux qui apprennent à parler aux sourds-muets rencontrent des difficultés moins grandes, car chez les sourds-muets les organes de la phonation existent, seulement ils ne sont pas exercés, mais ici, au contraire, ces organes manquent en partie et il faut y suppléer par la prothèse et des exercices spéciaux imaginés par M. Delair. De nombreux malades auxquels on avait mis des appareils y ont renoncé parce qu'ils ne pouvaient parler mieux ; d'autres mêmes à qui on avait pratiqué la staphylorraphie ont avec leur couteau réouvert leur fente palatine, trouvant qu'ils parlaient mieux

ainsi. M. Delair nous a déjà présenté pour la face et les maxillaires des appareils extrêmement ingénieux que nous avons tous admirés, mais il nous présente aujourd'hui cette autre chose beaucoup plus précieuse pour la profession et les infirmes du voile : une méthode orthophonique dont nous avons pu apprécier tout à l'heure les résultats merveilleux, auxquels nous sommes tous heureux d'applaudir. Permettez-moi de vous signaler aussi ce fait dont je vous ai déjà parlé précédemment, c'est la patience, la bonté de M. Delair pour ses malades ; vous avez vu les poésies qu'il a composées et qui lui servent d'exercices; comme elles rendent bien sa profonde pitié pour les malheureux ! Des félicitations, nous n'avons plus à en adresser à M. Delair, elles seraient superflues. Au nom de la Société d'Odontologie, au nom de la science dentaire tout entière, au nom de l'humanité, je remercie M. Delair de ses présentations de ce soir. (*Applaudissements répétés*).

M. Blatter. — M. Roy a adressé à M. Delair des remerciements au nom de la profession et de la science dentaire; moi, au nom des jeunes, surtout au nom des élèves de cette Ecole qui n'ont pas le droit de parole dans nos séances, je veux exprimer à M. Delair nos remerciements les plus profonds, nos sentiments de reconnaissance pour la bonté qu'il met à nous initier à cette science nouvelle. Vous savez qu'il franchit toutes les semaines de nombreux kilomètres pour venir ici nous montrer ses procédés. Pour nous rien n'est caché, tout ce qu'il fait, tout ce qu'il trouve et imagine, il le donne à la profession. Je tiens ici, publiquement, et comme l'un des plus récents sortis des rangs à adresser à M. Delair nos plus sincères remerciements. (*Applaudissements.*)

X. — Rapport sur un différend.

M. Roy. — L'ordre du jour porte : Suites éloignées d'un redressement, par M. Meng, qui devait nous présenter ce soir un malade, mais ce malade n'ayant pu venir, la présentation est supprimée ; nous passons à une communication à propos du différend Mendel-Joseph-Choquet.

Vous savez qu'au cours d'une réunion, l'année dernière, un différend s'est élevé entre deux de nos confrères à propos d'une communication. Le bureau de l'époque a été chargé de régler ce différend, une commission devait l'examiner. M. Sauvez m'a donc écrit pour me demander de mettre à l'ordre du jour le rapport qu'il avait à nous faire au nom de cette commission ; je lui donne la parole.

(M. Sauvez donne lecture de son rapport.)

Discussion.

M. Roy. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur le rapport

de M. Sauvez ? Si personne ne la demande, je mettrai aux voix un ordre du jour constatant que M. Sauvez a rempli le mandat que la Société lui a confié ; il a échoué dans ses efforts et il demande qu'on le décharge de sa mission. Reprenant une phrase historique, je voudrais qu'on pût dire dès ce soir que l'incident est clos. Nous avons eu, dans les séances précédentes, des discussions un peu vives entre différents membres, qui, entraînés par la chaleur des discussions et l'ardeur de leur conviction, ont peut-être un peu dépassé la mesure à propos d'une querelle scientifique, qui n'est pas mortelle; il faut donc en terminer une bonne fois avec cet incident.

Je demande à la Société d'Odontologie si elle veut bien adopter la proposition de M. le Dr Sauvez et déclarer que l'incident Mendel-Joseph-Choquet est clos.

M. Grimbert. — Je demande que l'incident soit clos seulement pour l'une des parties.

M. Roy. — Je vous ai exposé la solution que je rêverais ; maintenant, si vous avez un autre ordre du jour à proposer exposez-le.

M. Mendel-Joseph. — Après la proposition de M. Sauvez, je n'ai pas cru devoir vous présenter les explications que je vous devais parce que réellement je regretterais d'éterniser une discussion qui après tout a été courtoise sous tous les rapports et qui n'a pas été envenimée ni de ma part, ni de l'autre part ; il n'y a pas eu d'expressions véritablement excessives, je pensais donc, après la proposition de M. le Président, ne pas vous donner d'explications, mais du moment que M. Grimbert vient y faire opposition, je demande à m'expliquer.

M. Grimbert. — Je demande la parole.

M. Roy. — Je vous donnerai la parole après M. Mendel-Joseph et je lui demanderai même dans ce cas d'être aussi bref qu'il est possible. J'insiste sur ce point afin d'éviter des débats pénibles qui ne doivent pas avoir lieu en séance, puisque nous avons été unanimes pour qu'une commission soit nommée.

M. Godon. — M. Mendel-Joseph ne doit pas avoir la parole ici ce soir, si vous vous en tenez à la décision que vous avez prise; s'il doit être nommé une commission nouvelle, dans les conditions que vous voudrez, que M. Mendel-Joseph dise seulement s'il l'accepte. Il n'est pas possible qu'il y ait un nouveau débat ici, nous avons jugé que c'était contraire à la bonne confraternité et aux bons rapports. J'insiste pour qu'on ne soulève pas de discussion de ce genre et qu'on renvoie l'affaire au besoin à une autre commission. Si M. Sauvez n'a pas réussi, ce n'est pas de sa faute. Je suis d'avis de voter l'ordre du jour dégageant sa responsabilité ; nous n'avons pas d'autre moyen de sortir de cette affaire.

M. Roy. — Je n'accepte pas pour ma part cette proposition. Comment voulez-vous que le bureau actuel puisse arriver à une solution que le bureau ancien n'a pu obtenir. Le rapport de M. Sauvez est absolument explicite à ce sujet, puisque M. Mendel-Joseph n'a pas désigné ses arbitres, la Société juge que M. Sauvez a rempli son mandat d'une façon convenable et nous n'avons qu'à voter l'ordre du jour.

M. Godon. — La Société entend-elle laisser reprendre la discussion sur ce sujet ?

M. Sauvez. — Je demande simplement qu'on vote un ordre du jour dégageant ma responsabilité. Voici un texte qui pourrait être voté : « La Société constate que le Dr Sauvez a agi conformément au mandat qui lui avait été donné et regrette que M. Mendel-Joseph ait refusé de désigner ses mandataires pour constituer la commission arbitrale comme il avait été décidé par la Société. »

M. Roy. — Moi, je demande que l'incident ne se renouvelle pas.

M. Mendel-Joseph. — Je demande la parole.

M. Grimbert. — Vous n'avez pas la parole, ici.

M. Roy. — Je le regrette, monsieur Mendel-Joseph, mais en vous donnant la parole, je serais obligé de la donner ensuite à M. Choquet, ce qui remettrait la discussion sur le tapis, ce que je veux éviter à tout prix.

M. Sauvez. — Je demande que l'on vote mon ordre du jour, le reste ne me regarde pas.

M. Siffre. — Je demande que l'on ajoute : la « Société, regrettant qu'il ne puisse être présenté de solution, considère l'incident comme clos ».

M. Grimbert. — La Société avait décidé qu'une commission serait nommée pour juger à tête reposée, or cette commission n'a jamais pu se réunir, puisque l'un des adversaires n'a pas voulu constituer ses arbitres.

M. Roy. — Je constate que M. Sauvez n'a pu arriver à un résultat, c'est pourquoi l'incident doit être considéré comme clos.

M. Grimbert. — Cela ne me suffit pas à moi qui ai été demandé pour constituer le jury d'honneur.

M. Loup. — Je viens de voir M. Mendel-Joseph partir ; je constate qu'on lui a refusé la parole. Je le regrette sincèrement, M. Mendel-Joseph est un homme qui a ici un grand mérite.

M. Roy. — Je vous ferai observer que c'est moi qui ai refusé la parole à M. Mendel-Joseph, comme je l'aurais refusé à M. Choquet s'il y avait eu lieu, ainsi qu'à tout autre qui aurait voulu rouvrir le débat sur le point soumis à l'arbitrage.

M. Loup. — M. Grimbert parle pour M. Choquet.

M. Grimbert. — Non, non.

M. Sauvez. — Voulez-vous que je vous donne lecture d'une lettre que j'ai adressée à M. Mendel-Joseph et de la réponse qu'il m'a faite. (Il donne lecture de ces deux lettres.)

Depuis cette réponse il ne m'a plus donné signe de vie ; vous voyez donc par là qu'il n'a pas voulu constituer ses arbitres.

M. Godon. — Je pense que nous ne devons pas laisser les paroles de M. Loup sans protestation, car c'est absolument donner une appréciation inexacte de la situation. M. Sauvez vous rend compte de la mission dont vous l'aviez chargé. M. Mendel-Joseph demande la parole ; si on la lui accorde, ce serait pour discuter à nouveau une chose que vous n'avez pas voulu discuter vous-mêmes : alors M. Choquet reprendrait la parole et cela n'en finirait plus. Je veux simplement dire que M. Mendel-Joseph ne doit pas prendre la parole ici, M. Choquet non plus, cette affaire ne doit se traiter qu'en commission.

M. Loup. — Il n'était pas dans mes idées de faire revenir la question sur le tapis, puisque nous l'avons remise entre les mains d'un comité, mais j'aurais trouvé très bien que ces Messieurs nous donnassent des explications. M. Choquet a désigné deux confrères pour le représenter ; il peut nous paraître étrange que M. Mendel-Joseph n'ait pas voulu faire de même ; il doit avoir une raison et c'est cette raison qu'il aurait été intéressant de connaître.

M. Roy. — Il suffit de connaître les réponses qui ont été faites à M. Sauvez par M. Mendel-Joseph et qui l'ont amené à décliner son mandat, puisque, malgré ses invitations successives, M. Mendel-Joseph a refusé de constituer ses arbitres. En conséquence M. Sauvez vous demande de le décharger de son mandat, et vous propose enfin à cet effet un ordre du jour, qui, s'il avait été présenté immédiatement aurait limité le débat. Pensez-vous oui ou non que M. Sauvez a bien rempli sa mission, pensez-vous qu'il avait encore quelque chose à faire avant de venir vous donner le résultat de ses démarches ? Si vous constatez que M. Sauvez a bien rempli sa mission, vous constatez en même temps qu'il n'a échoué que parce que M. Mendel-Joseph a refusé de nommer ses délégués. Si, au contraire, il avait nommé ses délégués, les arbitres réunis auraient discuté entre eux la façon dont ils devaient procéder, mais ce n'est pas à nous à discuter cela ici. M. Mendel-Joseph devait constituer ses délégués, les charger, s'il le jugeait à propos, d'un mandat très précis, celui de demander par exemple un débat dans *L'Odontologie,* comme il le demande dans une de ses lettres et, ce faisant, il aurait ainsi fait preuve de déférence envers la Société. Nous devons clore l'incident, parce que sans cela on viendra demain nous faire une autre communication qui tendra à rouvrir la discussion. Je vous demande une dernière fois :

Pensez-vous que M. Sauvez aurait dû faire quelque chose de plus

que ce qu'il a fait, voulez-vous lui demander de faire autre chose de plus que ce qu'il a fait, ou bien a-t-il fait tout ce qu'il devait faire ? Si oui, je vais mettre aux voix son ordre du jour qui est ainsi conçu :

« La Société d'Odontologie constate que le Dr Sauvez a agi conformément au mandat qui lui avait été donné et regrette que M. Mendel-Joseph ait refusé de désigner ses mandataires pour constituer la commission arbitrale comme il avait été décidé par la Société. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. Roy. — L'ordre du jour appelle la présentation de photomicrographies concernant le différend Mendel-Joseph-Choquet ; êtes vous d'avis, Messieurs, que cette question soit mise à l'ordre du jour, étant donné le débat qui vient d'avoir lieu et l'intention manifestée par la société de déclarer cet incident clos. Je ne veux pas en prendre la responsabilité moi-même, je suis tout prêt à donner la parole à M. Choquet, mais à la condition que vous m'indiquiez par un vote que cela est bien votre avis.

M. Sauvez. — Je suis libéré de la question, puisque vous avez bien voulu m'en décharger et je vais prendre la parole comme membre de la Société. Il s'est passé un différend entre deux membres, MM. X et Y. A la suite de ce différend on charge une commission d'examiner le point en discussion. L'une des deux parties nomme ses mandataires, l'autre n'en nomme pas ; or, j'estime que le premier ayant agi conformément au vote de la Société en se soumettant à sa décision, vous ne devez pas refuser de l'entendre, quand il vous demande de le protéger.

M. Godon. — Si nous nous engagions dans la voie que nous indique M. Sauvez, M. Choquet nous présenterait sa communication et on ne pourrait pas faire autrement que de revenir sur la discussion. Il a eu une satisfaction très suffisante par l'ordre du jour constatant que le membre adverse s'est retiré et n'a pas persisté dans ses attaques. Tous ces incidents ne sont pas des crimes. M. Mendel-Joseph a prétendu quelque chose, M. Choquet s'est défendu, il reste l'opinion publique et la profession pour juger ; M. Choquet ne demande pas plus, il ne doit pas poursuivre M. Mendel-Joseph de ses attaques perpétuelles.

M. Choquet. — Je me trouve absolument satisfait de l'ordre du jour qui a été voté ; d'un autre côté il s'est produit et il a plané sur moi un soupçon de malhonnêteté qui a été connue par cette Société et répandu partout, aussi bien en France qu'à l'étranger. Je fais partie de différents Congrès, je ne voudrais pas aller dans ces Congrès avec une tache de suspicion quelconque ; c'est pourquoi j'aurais été désireux de vous prouver par A plus B au sujet de cette

greffe que, si j'avais avancé le fait à la Société, c'était en connaissance de cause.

M. Roy. — Personne ne met en doute ici la probité scientifique de notre confrère Choquet, et je crois qu'à la suite de ce qui vient de se passer son amour-propre, bien légitime d'ailleurs, doit être satisfait.

Donc, étant donné l'ordre du jour qui a été adopté et qui donne satisfaction à M. Choquet, je propose, afin de clore l'incident, que la communication de M. Choquet ne soit pas lue ce soir.

Adopté.

M. Roy. — Nous entrons dans la période des vacances ; je suis chargé, au nom du Comité d'organisation de vous inviter à prendre part au Congrès de Montauban ; j'espère que vous y viendrez en grand nombre.

Il est décidé que la prochaine réunion de la Société d'Odontologie aura lieu en novembre.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
TOUVET-FANTON.

NOUVELLES

Nouvelle école dentaire.

Une nouvelle école dentaire vient de se fonder à Berlin, 88 Belle Alliance Strasse, sous le nom de *Berliner Zahnärztliche Poliklinik*. L'établissement fait dans toutes les branches de la dentisterie des cours pratiques de perfectionnement qui ont une durée d'un mois et portent sur l'obturation, l'extraction, la technique de l'or et la technique dentaire. Ces cours sont accompagnés de leçons théoriques sur l'anatomie des maxillaires et la dentisterie conservatrice et de conférences et de démonstrations hebdomadaires notamment sur les instruments, la désinfection des mains et des instruments, l'emploi du miroir à bouche, la position de l'opérateur au fauteuil, etc.

L'institution a pour but de perfectionner les chirurgiens-dentistes diplômés de tous pays, mais elle est également ouvert aux étudiants. Un dispensaire, où sont traités gratuitement les indigents, y est annexé. R. H.

Soins dentaires aux militaires.

D'après un ordre du Ministre de la guerre de la Prusse, les soldats, les sous-officiers et leurs familles, aussi bien dans l'armée de terre que dans l'armée de mer, devront à l'avenir recevoir des soins dentaires. Ces soins leur seront donnés par les chirurgiens-dentistes civils, qui seront rémunérés conformément au tarif en vigueur dans ce pays.

Les dents des soldats anglais.

Selon une information du War Office, le nombre des soldats anglais réformés dans l'Afrique du Sud pour cause de mauvaise dentition et rapatriés au cours de la guerre s'est élevé à 2.451.

Demandes d'admission dans la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

M. Fouques, D. E. D. P. 84, faubourg Saint-Honoré, présenté par MM. Bonnard et Perrigault.

M. Delétang, D. E. D. P. Poitiers, présenté par MM. Blatter et Charpentier.

M. Wisner, 10, boulevard Malesherbes, présenté par MM. Viau et Papot.

Dr Chateau, 22, quai du Louvre, présenté par MM. Audy et Papot.

Dr Henry, médecin principal de l'armée coloniale, présenté par M. Sauvez.

M. Van Peene, Gand, présenté par MM. Godon et d'Argent.

M. Drain, D. E. D. P. (militaire), présenté par MM. Ronnet et Charpentier.

M. Fischer, Lyon, présenté par MM. Roy et Papot.

Dr Benoît, D. E. D. P. Toulouse, présenté par M. Papot.

E. Boutelié, 25, rue de Lyon, présenté par MM. Godon et Papot.

Roger, Morlaix, présenté par MM. Hélot.

Association des étudiants en chirurgie dentaire.

Siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, 45.

Nous informons les membres de l'Association que le siège social, maintenant fixé 45, rue de la Tour-d'Auvergne, se trouve ainsi réuni au groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous remercions le Conseil de direction de l'Ecole, qui a bien voulu nous donner l'hospitalité, et la direction de *L'Odontologie* qui nous a accordé le concours de sa publicité, nous permettant de la sorte de rendre compte périodiquement de nos réunions.

L'Association des Étudiants en chirurgie dentaire a pour but de resserrer les liens de bonne camaraderie qui existent entre les étudiants dentistes ; elle se fera un devoir de faciliter la tâche de ceux qui ont pour mission de les instruire dans leur profession.

Nous rappelons à MM. les dentistes que nous tenons à leur disposition, des jeunes gens diplômés ou en cours d'études à l'École comme opérateurs ou mécaniciens.

Le Comité.

Compte rendu de la séance du comité, tenue le 7 novembre 1902, a 5 heures du soir.

M. Forestier, président, donne lecture de la réponse du Conseil de direction de l'Ecole à la demande de l'Association, relative à son siège social, qui est définitivement fixé 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le trésorier rend compte de l'état financier de l'Association.

Le Comité vote ensuite à l'unanimité l'achat de différents instruments d'un prix assez élevé pour les prêter à tous les membres de l'Association.

La prochaine réunion est fixée au 14 novembre, à 5 heures, au siège social 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

M. Debraux, qui s'est fait une spécialité de la préparation au certificat d'études exigé des jeunes gens désireux d'étudier l'art dentaire, a eu parmi ses élèves quarante-quatre candidats reçus cette année.

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE DES DENTISTES DE FRANCE.

La Société coopérative des Dentistes de France informe les coopérateurs qu'indépendamment de toutes les fournitures et des instruments employés en art dentaire elle est en mesure de leur céder, aux meilleures conditions, tous les produits pharmaceutiques et chimiques dont les associés pourront avoir besoin.

Nous rappelons également que la Société fait livrer ses marchandises dans toute la France. Elle est en mesure d'assurer à ses membres toutes facilités pour le choix des instruments qui leur sont nécessaires.

Les commandes de dents, par quantité de cent au moins, sont également reçues et livrées rapidement.

Pour tous renseignements ou commandes, s'adresser ou écrire au Président de la Société coopérative, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris (Téléphone 223-04).

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent.................
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............
} 45, rue de La Tour - d'Auvergne, Paris.

PETITES ANNONCES (Voir Tarif au verso de la Couverture).

22e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

BROMURE D'ÉTHYLE

Par M. le Dr Pinet.

Le bromure d'éthyle ou éther bromhydrique a été découvert en 1829 par Serullas.

Il se présente sous forme d'un liquide incolore, neutre, très volatil, d'une odeur agréable quand il est pur, d'une odeur désagréable quand il est impur.

Très instable, ce corps se décompose facilement ; il contient alors des dérivés bromés toxiques et du phosphore dans certains cas. Alors, outre l'odeur désagréable, il se produit au fond du flacon un dépôt. Le bromure d'éthyle doit donc être conservé dans des flacons bleus ou bruns, bien à l'abri de la lumière, et il doit être employé récemment préparé.

Sa saveur est d'abord sucrée puis cuisante. Insoluble dans l'eau, il l'est dans l'alcool et l'éther en toutes proportions.

Ses vapeurs ne sont pas inflammables, ce qui présente une certaine importance. Il bout à + 40°; à + 38°5, d'après le *Codex*.

Il résulte de ce fait que le bromure d'éthyle est très volatil et que son évaporation détermine sur la peau et les muqueuses un froid notable, plus sur les muqueuses que sur la peau. Cette propriété permet de l'employer comme anesthésique local.

Ses modes de préparation sont multiples. Celui qui est indiqué au *Codex* est celui de de Vrij. Ce procédé consiste à distiller un mélange de quatre parties de bromure de potassium, quatre parties d'acide sulfurique et deux parties d'alcool.

Ses propriétés anesthésiques furent étudiées par un grand nombre d'auteurs :

Nienneley, 1649, de Leeds.

Ed. Robin en 1851 (Ac. des Sciences) étudie l'action des vapeurs du bromure d'éthyle chez les oiseaux.

Rabuteau, 1876-1880 (Société de biologie), montre ses propriétés anesthésiques sur les mammifères, comparables à celles du chloroforme et supérieures à celles de l'éther.

Turnbull, en 1879, l'étudie en Amérique et l'emploie dans la pratique obstétricale.

Bourneville en fait une belle étude.

Mais c'est principalement Terrillon qui, en 1880, le vulgarise en France et décrit, sous l'influence du bromure d'éthyle, une phase de convulsions toniques inobservée par d'autres auteurs tels que Bourneville, et l'emploie comme anesthésique local et comme anesthésique général. De même, Verneuil-Pinard (Thèse de Ducasse, 1883) l'emploie en obstétrique et contribue ainsi à sa vulgarisation ainsi que Ollier, Leber, etc.

Kölliker, en 1891, préconise son emploi pour les opérations de petite chirurgie et Gleich, la même année, fait sur ce corps une importante communication à la Société impériale et royale des médecins de Vienne.

Puis le bromure d'éthyle entre dans la pratique des spécialités du nez et de la gorge.

Ainsi Meyer, de Berlin, rapporte, en 1890, dix-neuf cas d'anesthésie pour opérations portant sur le naso-pharynx.

Colmette et Lubet-Barbon (*Gazette hebd.*, 1890) préconisent cet anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx.

Royals, 1890, publie une thèse remarquable sur l'anesthésie par le bromure d'éthyle. *(Ablations des végétations adénoïdes chez l'enfant.)*

Sauvez décrit son mode d'emploi en art dentaire.

Un nombre considérable de travaux furent publiés sur ce corps, mais il faut citer le remarquable travail que Hartmann et Bourbon publièrent dans la *Revue de chirurgie*, 1893.

Son action physiologique a été merveilleusement mise en lumière par le professeur Dastre.

Le bromure d'éthyle agit très rapidement sur le système nerveux : les éléments qui constituent ce système sont plus sensibles à l'action du bromure qu'à celle du chloroforme ou de l'éther, et, s'ils sont moins touchés qu'avec ces derniers anesthésiques, ils le sont plus qu'avec le protoxyde d'azote. Son action cesse aussi vite qu'elle s'est produite.

Cette action rapide expliquerait l'absence d'agitation violente observée avec le chloroforme ou l'éther. « La phase d'excitation est pour ainsi dire brûlée » (Dastre). La phase de paralysie des activités nerveuses est atteinte d'emblée sans être précédée de la phase d'exaltation de ces activités au moins d'une manière appréciable. Un autre caractère du bromure d'éthyle a été bien mis en lumière par Dastre.

En effet le bromure d'éthyle est un excellent analgésique. Avec le bromure d'éthyle la perte de la connaissance et de la sensibilité consciente est rapide ; l'anesthésie vraie est plus tardive. Il s'écoule donc un certain espace de temps entre le moment où le bromure agit sur le cerveau et celui où il impressionne la moelle.

Le bromure d'éthyle, tout en obéissant à la grande loi des périodes d'envahissement du système nerveux posée par Cl. Bernard, présente ceci de caractéristique que « l'écart entre l'impressionnabilité des hémisphères et celle de la

moelle est plus considérable qu'avec les anesthésiques ordinaires » (Dastre).

Il s'ensuit que les réflexes moteurs sont plus ou moins conservés alors que le sujet est insensible à la douleur. La résolution musculaire est incomplète dans beaucoup de cas ou en tous cas n'est que tardive ; elle est précédée d'une période d'excitation plus ou moins violente, d'où la pratique des dentistes d'introduire un coin de caoutchouc entre les arcades dentaires avant l'administration de l'anesthésique, car souvent il y a du trismus alors que les autres muscles de la vie de relation sont flasques et il y aurait danger à prolonger l'administration de l'anesthésique pour obtenir la résolution des masséters.

Mais il faut bien remarquer que ce dernier caractère de l'action du bromure d'éthyle n'est pas absolu ; cet écart entre l'impressionnabilité des hémisphères et celle de la moelle se montre dans beaucoup de cas, mais il fait défaut dans bon nombre d'autres.

Il est des sujets chez qui l'envahissement médullaire se produit immédiatement après l'envahissement des hémisphères sans temps d'arrêt, et j'ai observé, surtout chez des enfants, des cas où l'action était simultanée quant à la période d'excitation, la résolution musculaire étant tardive.

D'après Bourneville, la résolution musculaire serait presque toujours complète.

Pour Schreider, de Leipzig, le bromure manifeste son action en deux périodes : dans la première il y a diminution de la sensibilité, dans la seconde la connaissance est perdue, il n'y a pas d'excitation.

Pour d'autres, le bromure détermine l'hypnose en produisant un peu d'obnubilation intellectuelle, de perte de sensibilité accompagnée d'un peu de mydriase, de rougeur de la peau pouvant aller jusqu'à la cyanose.

Si l'on cesse de donner le bromure, l'hypnose dure peu et les phénomènes objectifs disparaissent presque complètement. Si l'on continue, l'hypnose fait place à une narcose profonde avec cyanose, résolution musculaire, perte des

réflexes pupillaires, affaiblissement du pouls ; la respiration devient superficielle, de plus en plus lente (Terrier et Peraire).

Quand on expérimente sur les animaux, en prolongeant la narcose, il se fait un arrêt de la respiration par paralysie des centres respiratoires. Le cœur continue à battre après l'arrêt de la respiration jusqu'à cinq et même quinze minutes, mais il s'agit là de phénomènes toxiques et non d'ordre physiologique.

La respiration et la circulation sont accélérées avec des doses physiologiques, puis se ralentissent en se régularisant.

Enfin le bromure d'éthyle n'a aucune action sur les hématies.

La pupille est généralement dilatée, fait bien montré par Terrillon et récemment signalé par Briousse ; quelquefois elle est rétrécie (Bourneville); elle peut aussi, ainsi que je l'ai observé, faire l'accordéon, c'est-à-dire présenter des alternatives de dilatation et de rétrécissement. L'anesthésie ne peut être obtenue avec le bromure que si cet anesthésique est respiré pur, c'est-à-dire sans mélange d'air. Il faut l'administrer à doses massives.

J'ai, au début, donné le bromure d'éthyle comme le chloroforme et les résultats furent des plus mauvais.

Dès les premières inhalations du bromure il se produit une vaso-dilatation du réseau capillaire plus ou moins intense, la peau rougit ; en même temps il se produit de l'excitation glandulaire, les yeux deviennent larmoyants, on observe du ptyalisme et même de l'hypersécrétion buccale et pharyngée qui peut obstruer le pharynx et gêner l'opérateur, mais ce fait est rare.

D'un autre côté cette vaso-dilatation assure une bonne irrigation bulbaire, ce qui est une circonstance favorable, car il n'y a pas à redouter les conséquences de l'anémie de cet organe.

Le bromure d'éthyle n'est pas irritant pour les premières voies respiratoires quand il est pur. Les phénomènes de

larmoiement et de ptyalisme qu'on observe sont d'ordre réflexe et non pas d'ordre irritatif local, aussi n'y a-t-il pas à redouter la syncope naso-laryngo-réflexe primitive.

Ainsi que l'a démontré Rabuteau, le bromure d'éthyle s'élimine par les poumons presque en totalité ; il s'élimine très peu par les urines. Cette élimination est rapide ; aussi le patient revient-il vite à l'état normal.

Le bromure d'éthyle présente donc de grands avantages : rapidité d'action et d'élimination, production possible de l'apsychie, peu d'excitation dans la plupart des cas : les inconvénients sont le peu de durée de son action, qui est cependant plus prolongée que celle du protoxyde d'azote, l'excitation glandulaire, la résolution musculaire souvent incomplète, l'action vaso-dilatatrice qui, pour certains auteurs, entraînerait un état d'infériorité vis-à-vis du chloroforme au point de vue « de l'économie du sang » (Dastre).

Les accidents mortels sont rares : ainsi Kosprowich rapporte 200 cas heureux, Ash 200 cas, Gunsbourg 200 cas ; ce dernier a noté cependant des symptômes épileptiformes chez un alcoolique. Chisholm 400 cas heureux, Montgomery 500 succès, Brendenbery n'a eu que trois échecs sur 100 cas d'anesthésie, deux échecs étaient dus à l'alcoolisme, le troisième à l'impossibilité de supporter l'odeur du bromure, malgré la pureté absolue de celui-ci (Statistique de Peraire et Terrier).

Dans ma pratique personnelle je compte plus de 600 cas d'anesthésie par le bromure d'éthyle sans accident notable, j'ai observé deux cas chez l'adulte où l'anesthésie a été impossible à produire ; il s'agissait de deux sujets sains, non nerveux, ne présentant aucune tare.

Le bromure d'éthyle constitue un moyen excellent d'anesthésie pour les opérations de courte durée. On ne peut pas lui demander plus qu'il ne peut donner. Son action sur les éléments nerveux n'est pas assez profonde pour assurer une narcose de longue durée ; il effleure la cellule nerveuse plus que le protoxyde ; son action y est moins profonde que celle du chloroforme : il est comme le somnoforme un in-

termédiaire entre le protoxyde d'azote et le chloroforme ou l'éther. Il ne détrône pas le protoxyde ; il ne doit pas en prendre la place dans le cas où le protoxyde est indiqué, car il est plus nocif : le bromure a sa place à lui.

Le bromure d'éthyle, comme le protoxyde d'azote, étant irrespirable et l'inhalation devant se faire privée d'air, il s'ensuit que l'anesthésie doit être obtenue en moins de temps qu'il n'en faut pour produire l'asphyxie ; l'inhalation ne doit pas durer plus de quarante ou cinquante secondes. Au delà de ce temps le patient est exposé à la syncope respiratoire par défaut d'hématose.

Chez l'enfant, pour administrer le bromure d'éthyle, il faut rejeter l'emploi du masque à armature métallique ; il est en effet impossible avec cet appareil d'obtenir l'herméticité nécessaire et sa pression sur la face est trop pénible pour l'enfant qui se débat et qui par conséquent respire mal, ce qui est très important au point de vue d'une bonne anesthésie.

On prend un mouchoir non déplié : sous un double on introduit un morceau de taffetas gommé et l'on verse alors la quantité de bromure suffisante, à dose massive. La dose d'anesthésique peut être fixée approximativement ainsi : autant de grammes de bromure d'éthyle que l'enfant a d'années. Mais cette règle n'a rien d'absolu ; et l'anesthésiste, sans cependant trop s'écarter du principe du gramme par année, devra augmenter ou diminuer la dose suivant que le sujet lui paraîtra plus ou moins résistant, sans tenir compte de l'état plus ou moins nerveux du sujet. Cette nervosité du sujet n'a aucune importance ; elle ne doit pas à elle seule suffire pour augmenter la dose ; l'important est que le sujet respire amplement. Avec une dose trop forte, le but est vite dépassé.

Au-dessous de quatre ans le bromure d'éthyle est dangereux chez l'enfant. Au-dessous de cet âge l'intoxication se produit vite ; de plus, il y a à redouter le spasme glottique.

Puis la compresse est appliquée de façon à fermer hermétiquement le nez et la bouche et l'on engage l'enfant à

respirer largement ; de même chez l'adulte : cela est un point essentiel. Si le malade respire amplement sous la compresse, le sommeil s'obtiendra vite ; si le malade respire mal, le sommeil sera plus tardif ; la compresse devra être appliquée plus longtemps et alors on côtoiera de bien près les limites de l'asphyxie.

En général, dès l'application de la compresse, il se produit quelques secousses musculaires de défense de l'organisme contre la privation d'air respirable ; mais cette agitation tombe vite. Cependant il est des cas, principalement chez les enfants, dans lesquels le thorax reste en inspiration ou en expiration forcées, malgré les exhortations et les autres moyens employés pour obtenir des mouvements respiratoires. C'est là une circonstance des plus défavorables ; il faut alors prêter la plus grande attention à la coloration de la face et des vaisseaux conjonctivaux. Bientôt, il est vrai, les membres deviennent flasques ; mais alors il y a anesthésie bien plus par asphyxie que par action du bromure.

La marche de l'anesthésie est variable. Théoriquement, la période d'excitation est « brûlée ». Mais cela ne correspond pas à la majorité des cas, et la clinique n'est pas dans l'espèce toujours d'accord avec la physiologie.

Certainement, dans beaucoup de cas, surtout chez l'enfant, le malade s'endort en vingt à quarante secondes, doucement, sans présenter la moindre période d'excitation attribuable à l'action propre du bromure.

La tête ballotte entre les mains, la résolution musculaire n'existe pas absolument ; mais il y a, souvent chez les jeunes enfants, un relâchement des muscles de la vie de relation et quelquefois du sphincter anal ou vésical.

On cesse d'administrer le bromure et l'on opère : c'est le cas type, idéal ; c'est ce moment que l'anesthésiste doit bien savoir observer et saisir, car il faut distinguer.

Dans certains cas, si l'on continue à donner le bromure, le relâchement musculaire s'accentue sans que le sujet présente de secousse ; dans d'autres cas plus nombreux, à ce

relâchement musculaire succède rapidement une période de convulsions soit toniques, soit chroniques, soit alternées, et ce passage de l'état de relâchement à l'état convulsif se fait souvent en un temps à peine appréciable.

Aussi, comme je l'écrivais plus haut, doit-on saisir ce moment pour opérer sans s'occuper de l'état pupillaire, si toutefois l'intervention doit être de courte durée ; j'ajoute même que dans ce cas le ballottement de la tête est un signe qui, d'après mon expérience personnelle, est suffisant (ablation des adénites, par exemple) surtout lorsque ce ballottement de la tête s'accompagne du signe suivant : la physionomie change, prend un aspect spécial, le faciès est hébêté.

Enfin, il est des cas où une des caractéristiques physiologiques du bromure, c'est-à-dire l'écart entre l'impressionnabilité des hémisphères et celle de la moelle n'existe pas : l'action sur le cerveau et sur la moelle étant simultanée, la période convulsive arrive pour ainsi dire d'emblée ; il faut se défier de ces cas.

Il est bien difficile de présager *a priori* la marche de l'anesthésie suivant l'attitude des patients. Ceux-ci, très nerveux, inquiets, se débattant, comme beaucoup d'enfants par exemple, au moment où on les prend, auront une anesthésie rapide, sans secousses musculaires, au début excepté, bien entendu ; d'autres, très calmes, auront une période d'excitation plus ou moins accentuée.

Pour moi, comme je l'ai observé dans un nombre considérable de cas, le nervosisme n'a rien à faire en cela. L'important est que la dose soit bonne et que le sujet respire bien.

Le réveil se fait généralement vite ; le patient ouvre doucement les yeux, regarde autour de lui un peu ahuri et rapidement, sans aucun trouble consécutif, puis tout rentre dans l'ordre.

Mais il est d'autres cas, surtout chez l'enfant, chez les adultes alcooliques ou névropathes, où le réveil présente un tout autre aspect.

Souvent l'enfant pousse des cris assourdissants (l'opéra-

tion étant déjà terminée), se débat follement. Je me rappelle avoir observé avec le Dr Chauveau un jeune enfant de cinq ans qui, quittant brusquement l'aide qui le maintenait, se dressa sur ses pieds, les yeux hagards, en criant à tue-tête : « A l'assassin ! à l'assassin ! », puis rapidement la physionomie et l'attitude reprirent leurs aspects normaux.

Que de fois, à la clinique, M. Jeay et moi n'avons-nous pas observé ces cas d'excitation véritablement folle avec cris inarticulés, pleurs ou rires, avec mouvements absolument désordonnés des membres, surtout chez les tarés cités plus haut, alors que l'opération était absolument terminée, ce qui est important.

Je dois ajouter que ces phénomènes ne se produisent qu'à cet instant très court qui précède le réveil confirmé et la reprise totale de la connaissance.

Il y a là pour les physiologistes un phénomène intéressant, car il ne doit pas être mis sur le compte d'une anesthésie incomplète, auquel cas l'explication serait facile.

Chez l'adulte la dose que j'emploie varie suivant la résistance extérieure que paraît présenter le sujet et suivant la durée probable de l'intervention. J'emploie quinze à vingt-cinq grammes à dose massive et non à dose fractionnée (je préfère ce terme de dose massive à celui de sidération, car bien souvent les malades sont loin d'être sidérés d'emblée).

Pour les adultes, l'emploi du masque à chloroforme recouvert de flanelle est préférable à la compresse. Doué d'un système nerveux plus émoussé que celui de l'enfant, l'adulte y respire plus facilement, plus amplement, la dose totale du bromure versé. Actuellement je n'emploie plus que le masque du Dr de Crésantignes dont M. Jeay et moi nous avons décrit les grands avantages dans notre article sur le somnoforme.

Chez l'adulte, la marche de l'anesthésie est dans ses grands traits sensiblement la même que chez l'enfant ; cependant il y a différence en ce qui concerne les phénomènes

convulsifs : c'est ainsi qu'on remarque souvent (ce qui est absolument exceptionnel chez l'enfant) des mouvements rythmés des membres supérieurs, comme si le patient faisait marcher un rouet ; souvent aussi des mouvements d'un des membres inférieurs ou de tous les deux mouvements rythmés de rémouleur.

A la clinique de l'École, nous avons vu un malade, pianiste, exécuter pendant l'opération des mouvements des lèvres et des doigts, comme s'il avait été au piano. Au réveil, le malade ne se souvenait de rien ; ce sont là des phénomènes d'ordre protubérantiel principalement.

Le réveil se produit comme chez l'enfant, toute proportion gardée.

Les accidents dus au bromure d'éthyle sont très rares. L'asphyxie peut être évitée en s'arrêtant à temps : la cyanose indique le danger.

Le spasme de la glotte, qui peut être très grave surtout chez les enfants, peut être évité par l'abstention pure et de l'anesthésique simple, d'autant plus facilement que cet accident ne se produit que chez les sujets atteints de laryngite, quelle qu'en soit la nature.

Brenton (*The British medical London*, 1892) a remarqué l'intensité des hémorragies artérielles au cours des opérations faites sous le bromure d'éthyle.

C'est là un phénomène rare, bien que fort possible, étant donné l'action vaso-dilatatrice de cet agent anesthésique. Sur un nombre considérable de cas, je n'ai jamais observé d'hémorragie. En tout cas, en ce qui concerne l'art dentaire, notre éminent collègue Sauvez a indiqué le remède.

Je n'ai jamais observé de troubles morbides de la respiration et de la circulation.

Un des avantages du bromure d'éthyle, grâce à ce qu'il touche peu profondément les cellules nerveuses et à ce qu'il s'élimine vite, c'est la possibilité des anesthésies successives. De plus, son action est rapide, l'anesthésie est obtenue en une minute environ et dure une à trois minutes.

Si l'opération dure au delà de ce temps, on peut donner

une nouvelle dose de bromure ; dès que le malade commence à se réveiller (contraction pupillaire, aspect de la physionomie, mouvement), quelques inhalations d'air saturé de bromure suffisent alors à procurer le sommeil. Hartmann et Bourbon ont pu donner trois doses successives pour des opérations d'une durée de quinze minutes.

Bien que moins dangereux que le chloroforme et l'éther, le bromure d'éthyle n'est cependant pas inoffensif.

Il y a une dizaine d'années un cas de mort est survenu à la clinique de Billroth. Rien à l'autopsie.

D'autres cas de mort ont été signalés. Deux cas survenus en Amérique et notés par Gubler et Labbé ; trois cas signalés par Gleich en 1882 ; un par Kœhler en 1894 ; un par Suarez, de Mendoza ; un par Guinard, 1902 (Biousse), et d'autres que nous connaissons (comme pour le chloroforme) que l'on chuchote tout bas, et qui n'en existent pas moins. On a signalé des cas de mort tardive. Quelques décès après l'anesthésie. Plusieurs victimes étaient des cardiopathes (Biousse).

Pour Hartmann et Bourbon le bromure d'éthyle est bien supporté par les cardiaques, et Levis, de Philadelphie, prétend qu'il expose beaucoup moins que le chloroforme aux dangers de la syncope secondaire et qu'il n'y a donc PRESQUE PAS à redouter d'accidents cardiaques.

Cette expression « *presque pas* » est un acheminement vers la sagesse ; en tout cas, elle indique qu'il y a des réserves à faire à ce sujet et les cas cités par Biousse éclairent singulièrement la question.

Ces assertions, comme le dit Dastre, sont conformes à la théorie générale ; mais en fait elles ne sont pas exactes. S'il n'y a pas à redouter la syncope primitive, rien ne prouve que la syncope secondaire ne puisse pas se produire, surtout si l'on opère chez un sujet porteur d'une affection cardiaque, lésions valvulaires, arythmie, péricardite, surtout dans la forme à plaques laiteuses fréquente chez l'enfant ayant été atteint de rhumatisme articulaire, comme l'a montré J. Simon, et là le diagnostic est facile.

De plus, le bromure d'éthyle ne met pas à l'abri de l'apnée par intoxication profonde (Dastre).

Il faut donc se montrer extrêmement réservé dans l'emploi du bromure chez les cardiaques. Pour moi, je m'abstiens ; c'est l'avis de Biousse.

De même, je ne l'emploie pas chez les enfants arriérés ou idiots ; nous ne savons pas en effet comment, dans ce cas, le système nerveux de ces enfants supportera le bromure.

Il est aussi contre-indiqué chez les sujets atteints de bronchite généralisée ; car dans ces cas, outre que l'absorption du bromure se fait mal, on s'expose par trop à l'asphyxie.

Biousse conseille l'abstention dans les maladies des reins et du système nerveux. Chez les hystériques je n'ai jamais observé d'accidents sérieux. Biousse avec beaucoup de raison dit : « Dans tous les cas on ne doit pas se départir de la prudence et de la surveillance nécessitées par l'usage des autres anesthésiques. »

Cela est absolument conforme à ma manière de voir.

Pour Sternfeld les contre-indications sont : la tuberculose pulmonaire (la forme localisée non hémoptoïque n'est pas pour moi une contre-indication absolue), l'anémie prononcée, les bronchites aiguës ou chroniques et les affections cardiaques, l'hystérie et l'alcoolisme, les cachexies, les convalescences des maladies graves ; cela est bien vrai, car il faut en ces cas penser au myocarde. Enfin Sternfeld ajoute les sujets en état d'infériorité organique : c'est dans cette classe que je fais entrer les arriérés et les idiots, au point de vue de la contre-indication.

Il faut aussi, d'après mon expérience, agir avec beaucoup de prudence chez les sujets qui, terrorisés, se présentent pâles, plus ou moins défaillants, avec un pouls petit et un cœur mou : la syncope est à craindre ; cela s'explique bien facilement.

J'ajouterai que, pour donner le bromure d'éthyle, la position horizontale n'est pas nécessaire. La position demi-couché est suffisante.

Enfin le bromure d'éthyle est actuellement employé pour l'anesthésie mixte avec le chloroforme.

Il y a là pour l'administration de ce corps un réel progrès : suppression de la syncope laryngo-réflexe primitive, le sommeil arrive beaucoup plus vite que lorsqu'on emploie le chloroforme seul.

La période d'excitation est supprimée (Richelot, *Société de chirurgie*, février 1902), ou en tout cas bien diminuée, excepté chez les alcooliques et les névrosés.

Comme le dit Richelot, avec ce procédé il n'y a pas de sécurité absolue, bien que depuis sept ou huit ans qu'il l'emploie il n'ait pas eu de malheur. Avec ce procédé, dix, quinze, vingt grammes de chloroforme suffisent pour avoir une bonne anesthésie.

Richelot ajoute : « Je dis qu'une main délicate et sûre, un chloroforme récemment distillé sont nécessaires, mais ne suffisent pas toujours à prévenir les accidents les plus fréquents et les plus irrémédiables ; ajoutez-y un agent qui supprime les activités réflexes, et la sécurité, je vous assure, n'est pas loin d'être absolue. » M. Jeay, qui a employé ce procédé, s'en montre très partisan.

Je ne parlerai pas du bromure d'éthyle employé comme anesthésique local ; d'autres agents sont venus le remplacer. Employé ainsi, il a pu produire chez l'enfant l'anesthésie générale. Si mes souvenirs sont exacts, le Dr Sauvez a rapporté, il y a longtemps, un cas qui lui est personnel.

SUR LA CARIE DES MOLAIRES TEMPORAIRES

En réponse aux critiques du Congrès de 1900.

Par M. le Dr Claude Martin, de Lyon.

Au 3e Congrès dentaire international tenu en 1900, j'ai présenté un travail sur l'emploi des couronnes métalliques comme moyen préventif et thérapeutique de la carie des molaires temporaires.

Au cours de la discussion qui suivit ma communication, mon procédé fut l'objet de quelques critiques que je ne pus relever oralement comme je l'aurais désiré.

C'est aujourd'hui seulement qu'en recevant le deuxième volume du compte rendu, j'ai pu relire avec attention les objections qui m'ont été faites.

C'est à ces objections que je désire répondre, et j'ai d'autant plus de raisons de le faire que, depuis ces deux années écoulées, j'ai pu revoir les enfants que j'avais soumis au traitement que je préconise, et appliquer celui-ci à d'autres petits patients. C'est donc en me basant sur des cas déjà anciens et sur mes observations nouvelles que je puis apporter ici le résultat d'une expérience plus vieille de deux ans.

Bien que j'aie l'espérance que mes contradicteurs, ayant lu à tête reposée mon petit mémoire, ont bien voulu revenir sur leur opinion première, je tiens néanmoins à confirmer les résultats que j'ai apportés il y a deux ans et à insister davantage encore sur la nécessité de l'emploi et de la vulgarisation de cette méthode.

Il est un fait évident : c'est que, dans les sciences médicales, et particulièrement en thérapeutique, il faut, sans cependant faire abstraction complète des idées théoriques, se baser surtout sur les résultats pratiques ; ceux-ci donnent assez de garanties lorsqu'ils sont appuyés sur des expériences suffisamment nombreuses et embrassant une assez longue période.

En théorie, donc, chaque fois qu'on place une couronne métallique pour coiffer une dent, on doit l'ajuster avec la

plus grande précision. Que cette théorie soit appliquée chez l'adulte dans toute sa rigueur, personne ne saurait y contredire, mais qui donc oserait faire subir à un enfant ce long et pénible travail ? J'ai posé comme règle que le traitement devait être avant tout complètement indolore ; c'est dire qu'il faut s'abstenir de toute intervention autre qu'une séparation entre la première molaire et la canine et une autre entre les deux molaires. Les dents restent donc intactes ; il suffit de les sécher soigneusement au moment de poser les couronnes, afin que le ciment y puisse bien adhérer. Donc, l'application des couronnes chez l'enfant n'offre pas d'autres difficultés que celles qui résultent de l'âge du sujet.

J'ai dit aussi que lorsqu'une seule dent était atteinte, il fallait placer une couronne sur chacune des dents de la même mâchoire, c'est-à-dire sur les *quatre* molaires, afin de rendre possible la mastication. C'est qu'en effet, si l'on se reporte à ma communication, on verra que j'ai parlé *des enfants chétifs, malingres,* de ceux qui sont le plus susceptibles de souffrir des répercussions multiples que peut avoir sur l'organisme la douleur ou un défaut d'alimentation. Ces enfants ont naturellement des dents en rapport avec leur santé. C'est donc sur ceux-là principalement qu'il faut agir et agir vite ; la structure de leurs dents le réclame ; si le mal ne s'est pas encore accentué, il est là, à l'état latent ; il y a un intérêt majeur à le prévenir, car le traitement sera encore moins facile si l'enfant a commencé à ressentir des douleurs dentaires.

Ainsi que l'a fort bien dit M. le Dr R. Rosenthal, de Nancy : « Cela place les enfants dans des conditions d'infériorité qui ne sont pas à négliger. Il est évident que l'enfant qui ne se nourrit pas a toutes les chances de ne pas arriver à l'âge adulte. »

Il faut donc que l'enfant puisse se nourrir, et c'est la raison pour laquelle je coiffe les quatre dents à la fois. En effet, si l'on ne plaçait qu'une seule couronne, celle-ci subirait fatalement toute la pression de l'articulation, car, selon le principe que j'ai exposé plus haut, il ne faudrait pas songer

à diminuer la dent pour obtenir une bonne articulation, et celle-ci serait fatalement surélevée sur un seul point ; c'est sur ce point unique que s'exercerait toute la pression des muscles, même en dehors de la mastication dans le simple mouvement de fermeture de la bouche ; dans ces conditions, il n'est pas difficile de prévoir qu'il se produirait probablement de la périostite autour de la dent couronnée, que celle-ci deviendrait douloureuse et que l'inflammation pourrait peut-être aller jusqu'à la mortification de la pulpe, si celle-ci était encore vivante, et amener tout le cortège des complications inhérentes à ce genre de lésion.

D'autre part il est évident que la pression brutale exercée sur cette dent unique amènerait assez rapidement son enfoncement ; mais il faudrait bien toutefois compter un à deux mois pour arriver au rétablissement de l'articulation normale. Durant toute cette période, l'alimentation de l'enfant serait difficile, car en admettant même, chose peu probable, qu'il ne se produisît pas d'inflammation, la dent supportant la pression serait toujours sensible, sinon douloureuse. L'enfant, craignant de fermer complètement la bouche, ne pourrait pas broyer ses aliments ; il les avalerait sans les mastiquer complètement, d'abord par peur de la douleur, ensuite par défaut de contact des dents, et les complications qui se produiraient de ce fait du côté du tube digestif sont faciles à prévoir.

Voilà donc un mois au moins pendant lequel l'enfant serait placé dans des conditions d'alimentation défectueuses ; or, étant donné la structure des dents des enfants malingres, il est plus que probable qu'on se trouvera dans la nécessité de coiffer toutes les molaires l'une après l'autre ; ce sera donc, en quelques mois, plusieurs interventions successives à imposer à un enfant déjà chétif. C'est pour éviter ces complications que j'insiste pour que les molaires de la même mâchoire soient coiffées en même temps ; cela ne surélèvera pas davantage l'articulation, la pression exercée ne sera pas plus forte et il y aura quatre dents au lieu d'une pour la supporter. De plus, comme ce sont ces dents

qui servent principalement à la mastication, la surface broyante ne sera pas diminuée ; l'enfant ne cessera pas de s'alimenter car ses dents recouvertes ne le feront pas souffrir ; aucune inflammation ne surviendra au pourtour des dents ; elles mettront cinq à six mois à s'enfoncer au lieu de n'en mettre qu'un ou deux. Pendant ce temps, ainsi que je l'ai dit, il n'y aurait rien d'impossible que les dents antérieures, privées de leur point de contact, s'allongeassent un peu, contribuant ainsi, pour leur part, à rétablir l'articulation. Ce n'est donc pas telle ou telle dent que je traite, c'est sur *la dentition tout entière* que je veux agir.

Un de mes contradicteurs a confondu l'écartement momentané des mâchoires provoqué par l'interposition des coiffes avec la *béance des mâchoires*. Je ne crois pas devoir m'arrêter longtemps sur cette fausse interprétation. La béance des mâchoires est le résultat soit de végétations adénoïdes, soit d'un état pathologique dont les causes sont multiples, qui débute généralement au commencement de la vie, et dont les traces sont indélébiles. La comparaison ne peut donc pas s'établir entre une béance momentanée, provoquée, artificielle, et une béance acquise, pathologique.

Dans la même séance, et aussitôt après ma communication, M. Ducournau a lu un rapport dans lequel il traitait le même sujet, en élargissant cependant la question. Ce rapport intitulé : « De l'importance du traitement de la carie des molaires temporaires. Son utilité », aurait dû plutôt précéder ma communication, qui en était en quelque sorte le complément naturel et comme la conclusion thérapeutique. M. Ducournau se plaint dans son mémoire de la pauvreté de notre littérature sur ce sujet et du peu d'intérêt qu'offrent les rares allusions qui y ont été faites. Il s'étonne de ne trouver à nous citer que certains passages dus à Préterre et où celui-ci, en quelques lignes, donne une idée générale de l'importance des dents temporaires, de leur rôle anatomique, physiologique, de leur utilité. Il est aussi

complet qu'il est possible, car il met en première ligne les raisons de l'abandon pour ainsi dire systématique que l'on fait des dents temporaires et qui ne sont autres que la négligence appuyée sur une idée fausse.

M. Ducournau pourra chercher longtemps : il ne trouvera rien de mieux. Ce que Préterre appelle « préjugés », d'autres peuvent l'appeler « ignorance » ; mais le résultat est toujours le même, c'est-à-dire une indifférence à peu près complète pour ces organes. Ils sont si utiles, cependant, ils prennent tant de part au développement de notre individu, et leur disparition précoce est si souvent fatale à une multitude d'enfants qui, faute de dents temporaires, ne dépassent pas les premières années de la vie.

Envisageant ensuite une autre face de la question, Ducournau nous montre encore, après Préterre, l'importance des dents temporaires au point de vue du développement des maxillaires et les difformités locales que leur absence peut engendrer, difformités capables de compromettre l'esthétique de la face.

A qui maintenant incombe la responsabilité d'une négligence aussi grave dans ses conséquences ? Je n'oserais pas affirmer que nous n'en ayons pas une part, car je crois bien qu'en général nous ne faisons pas tout ce que nous pouvons pour décider les familles à faire soigner les dents de leurs jeunes enfants, soit que bon nombre d'entre nous n'y attachent pas eux-mêmes assez d'importance, soit que d'autres reculent devant les difficultés d'exécution d'un travail sérieux chez d'aussi jeunes sujets. Nous avons pourtant là une belle tâche à remplir, et je ne crains pas de dire qu'en l'accomplissant nous contribuerions dans une certaine mesure à combattre la mortalité de l'enfance ; nous nous trouverions donc ainsi associés au grand mouvement qui s'est produit en ces dernières années contre la dépopulation.

Une campagne se fait actuellement contre l'allaitement artificiel, auquel on attribue une grande part dans la mortalité de la première enfance ; notre devoir est d'en entre-

prendre une autre contre une cause indéniable de mortalité dans la seconde enfance.

Nous ne connaissons pas tous les ravages que peut faire cet état morbide, mais je suis bien certain que si l'on établissait une statistique, on serait étonné du nombre des victimes. Il faut donc, comme le dit si bien M. Ducournau, « ouvrir les yeux aux familles qui, par négligence ou par ignorance, abandonnent les dents de leurs enfants à leur malheureux sort ».

Si je suis revenu sur ce sujet, c'est pour insister encore sur le traitement des dents *des enfants malingres, cachectiques*. Les enfants robustes ont ordinairement de bonnes dents ; si elles se carient, c'est en général plus tardivement ; dans ce cas, un ciment, un sullivan suffiront à les conduire sans encombre jusqu'à l'époque de leur disparition. Mais ce traitement ne suffit plus quand il s'agit des autres enfants, de ceux dont les dents commencent à se carier vers trois ou quatre ans ; chez ceux-là, le traitement ordinaire pourra prolonger leurs dents un an, quelquefois deux, sans toutefois empêcher la douleur, les abcès, la chute prématurée, car la résistance de l'émail est nulle : il s'effrite et l'obturation tombe.

C'est précisément dans ces cas que la méthode que je préconise donne le maximum de sécurité. Si l'on peut arriver à faire comprendre aux familles l'importance du traitement *précoce* de ces dents, on est certain de les conserver jusqu'à leur chute physiologique.

Actuellement, mon expérience est assez bien établie pour que je puisse affirmer qu'il ne peut pas y avoir d'insuccès ; c'est la raison pour laquelle j'insiste tant auprès de mes confrères, car je suis certain de leur rendre service ; je serai très reconnaissant à ceux d'entre eux qui voudront bien l'essayer, de faire connaître leurs impressions en les publiant, car il faut souvent, bien souvent répéter les mêmes choses pour agir sur les indifférents : il n'y a rien de si difficile à implanter qu'une vérité.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE LYON

SÉANCE DE RÉOUVERTURE DES COURS

Le jeudi 6 novembre a eu lieu la séance de réouverture des cours de l'École dentaire de Lyon.

Cette séance, tout intime, comprenait une allocution du Dr Guillot, président honoraire, une allocution du Dr Pont, directeur de l'École, la lecture du palmarès par M. Vichot, secrétaire général, et la distribution des diplômes et des récompenses.

Le Dr Pont ouvre la séance à 9 heures et s'exprime en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Il y a trois ans, nous étions réunis pour la première séance de réouverture dans la mairie du 2e arrondissement. Je vous donnais rendez-vous à bientôt ; mais depuis ce temps, les circonstances nous ont toujours été défavorables et nous n'avons pas même pu inaugurer les locaux que nous occupons actuellement depuis un an.

Nous avions pensé faire cette année-ci une séance solennelle de réouverture ; mais nous avons encore été obligés d'agrandir nos locaux, d'augmenter le nombre des fauteuils de la salle de dentisterie opératoire et nous sommes encore une fois dans l'obligation de faire passer l'utile avant l'agréable. D'ailleurs nous avons pris l'habitude de ne faire aucune réclame autour de nous et le nombre toujours croissant de nos élèves nous permet d'agir ainsi.

Pour toutes ces raisons, nous avons préféré avoir, ce soir, une réunion tout intime, j'oserai même dire toute familiale. Au surplus les témoignages sympathiques et les approbations officielles ne nous manquent pas. Dans le courant de l'année dernière, M. le recteur de l'Académie de Lyon est venu visiter notre école et vous n'avez pas oublié ses paroles d'encouragement et les marques d'approbation qu'il nous a données. M. le professeur Laccassagne, assesseur du doyen de la Faculté de médecine, est venu nous surprendre un matin et il a approuvé notre programme d'enseignement et admiré notre installation. Notre excellent ami, le Dr Sauvez a visité notre école lorsqu'il est venu nous inviter pour le Congrès de Montauban et je crois pouvoir dire que notre école provinciale ne lui a pas produit une fâcheuse impression. Enfin, Messieurs, vous savez que, l'année dernière, le ministre de l'Instruction publique a décerné les palmes académiques à notre président honoraire M. le Dr Guillot.

Je suis heureux de lui présenter à nouveau mes félicitations, et de lui céder la présidence de cette réunion.

ALLOCUTION DU Dr GUILLOT

Je suis très heureux d'être venu présider cette fête de famille, car professeurs et élèves nous nous tenons tous, et entre nous doit régner, pour le bien de la profession et celui de ces membres, la confiance réciproque et la plus grande cordialité.

Voilà l'École entrée dans sa quatrième année. Bien qu'il ne me plaise guère de vieillir, je suis fort aise de voir la réussite annuelle d'une institution à laquelle j'ai collaboré. Chaque année s'augmente le nombre des élèves. Malgré les critiques que j'ai entendu formuler — et quelle œuvre à son début et même dans sa marche ascendante est exempte de sa critique! — il est un fait, c'est que l'instruction professionnelle y est recherchée, ce qui est la meilleure preuve de la compétence du corps enseignant.

Ce n'est point sans sacrifices de sa part et de celle de la Direction que les résultats actuels ont été obtenus. La critique est certes aisée, mais l'enseignement professionnel n'est pas chose facile. Il n'est pas donné à tout le monde, le talent de savoir bien enseigner, et bien des critiques seraient fort embarrassés quelquefois, si on les mettait aux lieu et place du professeur. Quand nous aurons, comme l'École dentaire de Paris, vingt-deux années d'existence, vous pouvez être certains qu'on trouvera toujours à critiquer. Mais les rôles seront changés, ce seront les jeunes d'alors qui critiqueront l'enseignement des jeunes d'aujourd'hui.

Nous sommes déjà bien loin des débuts et des déboires initiaux; nos collègues en savent quelque chose. Rien ne peut entraver le progrès et bien naïf est celui qui essaie de se mettre en travers.

Nous sommes loin aussi de cette époque où un de nos confrères de la ville nous vaticinait cette prophétie, dans une lettre que nous avons précieusement conservée: « Vous feriez plutôt remonter le Rhône, nous disait-il, que de faire une École dentaire sans le concours de M. un Tel ».

Eh bien! M. un Tel, ne nous accorda point son concours. Trois années s'écoulèrent depuis. Les géodésiens ne virent point le Rhône refluer vers sa source, mais ce qu'on a pu voir, à l'œil nu, c'est l'École dentaire, trop à l'étroit dans son local de la rue Vaubécour, remonter le Rhône, elle, et venir s'installer au large dans les vastes locaux du quai de la Guillotière.

ALLOCUTION DU Dr PONT

Messieurs,

Lorsque nous avons fondé, il y a quatre ans, l'École dentaire de Lyon, notre but était de réunir au milieu de nous des élèves sérieux, travailleurs et capables plus tard, non seulement de faire honneur à notre profession, mais aussi de la faire cheminer dans la voie du progrès.

Ce but, nous l'avons déjà atteint en partie, puisque certains de nos élèves vont passer cette année les examens de la Faculté et se ranger bientôt, je l'espère, parmi les plus habiles et les plus honorables de nos confrères.

Je n'ai pas à vous rappeler qu'ils ont tous pris l'engagement formel de ne jamais faire plus tard de la réclame.

Cet engagement, nous l'exigerons toujours, car ce n'est qu'en abolissant la réclame que nous pourrons relever tout à fait notre profession et lui faire accorder la place et la considération qu'elle mérite.

C'est dans ce but que tous vos professeurs, auxquels je suis heureux de rendre ici un public hommage, se sont engagés, sur l'honneur à ne jamais se servir de leur titre.

Vos professeurs vous ont donné, à côté de cela, un exemple de désintéressement bien rare à notre époque. Aucun ne reçoit de traitement et ils viennent une matinée par semaine au milieu de vous, abandonnant leur cabinet et leur clientèle. Eh bien, messieurs, lorsque les professeurs donnent à leurs élèves de pareils exemples, ils ont le droit de se montrer quelque peu sévères, car sans cela, il ne leur resterait, plus tard, pas même la satisfaction d'avoir formé de bons élèves.

Nous sommes donc résolus à ne supporter aucun sujet médiocre et à ne laisser passer aucune faute grave. Je vous engage donc à suivre tous, sans exception, les cours théoriques qui ont généralement lieu de 5 heures à 7 heures et dont le tableau sera affiché dans quelques jours.

Les examens théoriques qui auront lieu à la fin de chaque année scolaire comporteront le programme de tous les cours qu'on vous aura fait suivre.

Les épreuves pratiques seront supprimées à la fin de l'année. Elles seront remplacées de la façon suivante : chaque professeur de dentisterie opératoire sera chargé d'examiner dans le courant de l'année un groupe d'élèves désigné par le sort en séance secrète du Conseil d'administration. Par ce moyen vous serez obligés de faire juger vos travaux au moins une fois à chaque professeur.

Il est inutile de vous dire que ceux qui n'auront pas rempli leur carnet scolaire suivant les conditions requises seront impitoyablement refusés à la fin de l'année.

Vous serez tenus de faire, non seulement les travaux de dentisterie opératoire inscrits sur le carnet scolaire, mais également toute une série de travaux de prothèse dont la liste sera affichée au laboratoire.

Ceci m'amène à parler des élèves qui ont manifesté l'intention d'être dispensés soit de la prothèse, soit de la dentisterie opératoire.

Ces dispenses ne seront accordées qu'à ceux qui auront subi avec succès, en novembre, l'examen pratique dont voici le programme :

Les élèves dispensés de la dentisterie opératoire seront tenus de venir à l'école au moins une matinée entière par semaine et devront bien entendu, remplir leur carnet scolaire. Ceux qui seront dispensés, de la prothèse viendront, à tour de rôle, une semaine entière chacun. Ils seront chargés de surveiller les travaux de leurs camarades et de leur donner quelques conseils.

Je tiens enfin à redire pour ceux qui l'ignorent que la durée des études est de quatre ans, puisque la Fédération dentaire nationale a décidé de ne délivrer qu'après ce temps-là le diplôme scolaire. Pour terminer je veux mettre en garde ceux d'entre vous qui, dans un but quelconque, soignent des malades en ville. J'ai reçu à ce sujet une lettre très formelle du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France qui est résolu à poursuivre rigoureusement ceux qui exercent illégalement l'art dentaire. D'autre part le Conseil d'administration, ému de la plainte de certains confrères, a décidé, non seulement de ne pas soutenir les élèves s'ils étaient poursuivis devant les tribunaux, mais encore de les renvoyer purement et simplement de l'école.

La décision serait prise en séance secrète du conseil et le directeur de l'Ecole ne serait pas tenu à faire connaître le motif du renvoi.

J'espère que ces quelques observations vous seront profitables et que vous vous conformerez au règlement intérieur de l'école. J'espère aussi que vous soignerez consciencieusement tous vos patients, et si maintenant vous trouvez vos professeurs et votre directeur un peu sévères, plus tard vous leur témoignerez au contraire beaucoup de reconnaissance, car vous comprendrez alors la vérité de l'axiome : « *Qui bene amat bene castigat.* ■

LECTURE DU PALMARÈS

Par M. VICHOT, secrétaire général.

Elèves ayant obtenu le nombre de points fixés par le règlement et auxquels le diplôme de l'Ecole est accordé.

Mme Soulard.
Mlle Kowatchewa.
MM. Dupuy Jean.
Peyter.
Lair.
Petit.
Moraïtopoulos.
Sutter.
Steininger.

Résultats des examens théoriques et pratiques de fin d'année.

Ont obtenu :

(Pour la 3e année) une Médaille de vermeil, M. Soulard.
(Pour la 2e année) une Médaille d'argent, M. Creuzet.
(Pour la 1re année) une Médaille de bronze, M. Aubry.

Prix Harwood.

Décerné aux élèves ayant obtenu le plus de points pour la clinique.

3e année, M. Soulard, un bon d'instruments, à prendre chez un fournisseur.

2e année, M. Creuzet, un bon d'instruments, à prendre chez un fournisseur.

1re année, M. Aubry, un bon d'instruments à prendre chez un fournisseur.

Prix de l'Association générale des Dentistes de France.

Décerné aux élèves de 1re et 2e année ayant fait le plus grand nombre de travaux pratiques pendant l'année scolaire.

2e année, M. Dupont, un bon d'instruments.
1re année, M. Dupuy Henri, un bon d'instruments.

Après concours, ont été nommés aux postes de démonstrateurs :

MM. Soulard.
Dupuy Jean.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
J. VICHOT.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264,30.

J. Fanguet, Georges Clotte, succr (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214-53.

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.

Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.

Mamelzer et fils (*Manufacture dentaire*), 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. TÉLÉPHONE 306.77.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

Reymond frères (*Fournitures générales.*) TÉLÉPHONE 312.91.
- 22, rue Le Peletier, PARIS.
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.
- 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214-47.
- 45, r. de la République, Lyon.

Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manufacture dentaire*), 222-224, avenue Philippe-Auguste, PARIS.



COMMISSION INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT

Discours du prof. TRUMAN W. BROPHY,

Président de la Commission.

Messieurs,

La belle capitale de la Suède a aujourd'hui ouvert ses portes en souhaitant sa plus cordiale bienvenue à notre Fédération et elle désire que Dieu nous fasse prospérer dans l'œuvre d'instruction dans laquelle nous nous sommes engagés, œuvre qui conduit aux plus hautes espérances de la vie: le soulagement des souffrances humaines et l'augmentation de l'utilité et de la longévité du genre humain.

L'honneur marquant que les autorités de l'antique Université de Cambridge (Angleterre) nous ont fait à la première assemblée générale de cette Commission a trouvé l'équivalent à Stockholm et nous regardons l'accueil chaleureux que nous avons reçu ici comme une approbation de nos efforts pour étudier les systèmes variés d'enseignement dentaire des pays représentés ici, nous familiariser avec eux et travailler à l'élévation de notre profession dans le monde entier.

Si nous le pouvions, nous voudrions tous parler la langue suédoise pour montrer plus clairement aux habitants de ce pays combien nous apprécions l'amitié qui nous est manifestée à notre arrivée dans cette capitale et vous exprimer comme il convient l'assurance de notre haute estime.

Comme citoyen américain, permettez-moi de dire que les vigoureux enfants de la Suède qui demeurent maintenant en Amérique n'ont pas peu coutribué, par leur industrie, leur intégrité et leur désir d'exceller, au développement de nos ressources et à l'élévation de nos institutions.

Le grand travail que la Commission s'est proposé a attiré l'attention et trouvé des protecteurs enthousiastes non seulement parmi les chefs de nos institutions professionnelles, mais parmi les professeurs des académies, collèges et universités dans le monde entier.

Sir Michaël Foster, Sir James Crichton Browne, le prof. Jos.

Griffiths et le prof. Sims Woodhead, dans leurs admirables discours prononcés à Cambridge en août 1901, ont convaincu ceux d'entre nous qui ont eu la bonne fortune de les entendre de l'intérêt que ces hommes éminents parmi les savants anglais ont pris à l'œuvre de la Commission internationale d'enseignement. Nous serons toujours reconnaissants envers ces hommes distingués de leur contribution à la littérature de notre Commission, de leur cordiale réception et de leur hospitalité pendant notre séjour dans un des plus grands centres scientifiques de l'Angleterre. Grâce à ces grands représentants de la pensée en Angleterre en matière d'instruction générale et d'instruction professionnelle, nous sommes assurés de l'appui efficace la Grande-Bretagne dans l'œuvre de notre Fédération.

Le problème qui se pose devant notre Commission réclame l'attention des professeurs, généraux et spéciaux, les plus célèbres dans le monde entier : il s'agit de rechercher le meilleur moyen de préparer un jeune homme à sa vie professionnelle. La question se formule donc ainsi pour nous : Quel est le mode d'enseignement préliminaire et professionnel qui convient le mieux pour préparer un homme à être un praticien dentiste ? Comme réponse à cette question, une autre question se pose naturellement. Qu'est-ce que la dentisterie ? Il est impossible, même avec une définition du dictionnaire ou d'une encyclopédie, de définir complètement et exactement quelque chose. Si cela se pouvait, nous n'aurions besoin de dictionnaire que pour acquérir des connaissances. Celui qui cherche une information entière sur un sujet n'éprouve pas beaucoup de satisfaction en prenant dans le dictionnaire ou l'encyclopédie tout ce que ces livres contiennent sur ce sujet. Les traités les plus complets sont nécessaires pour transmettre à l'esprit les détails et les difficultés d'un sujet et, à la lumière des investigations scientifiques modernes, nos vues sont constamment modifiées pour se conformer aux faits nouveaux établis.

La définition de la dentisterie publiée dans la neuvième édition revue de l'encyclopédie britannique est ainsi conçue : « Une partie spéciale de la science médicale comprenant la structure, les fonctions et la thérapeutique de la bouche et des organes qu'elle contient, ainsi que leur traitement chirurgical et prothétique. » Cette définition est sans aucun doute aussi complète que toute autre formulée et publiée jusqu'à présent en langue anglaise. Magré cela, elle ne précise pas le sujet et ne donne pas à l'esprit l'idée complète des devoirs d'un praticien dentiste.

La dentisterie demande une définition plus large. Rigoureusement parlant, la science médicale ne constitue qu'une petite partie de la science dentaire moderne. Personne n'apprécie plus hautement que moi l'école de médecine et ses cours étendus d'étude, ayant moi-même gagné mon degré de docteur en médecine en faisant trois années d'études médicales et étant professeur dans une des premières écoles

de médecine d'Amérique, poste que j'occupe depuis vingt années, et collaborant dans cette école et à l'hôpital avec les médecins et chirurgiens de la ville où je demeure. Je sens que je peux sans aucun détour exprimer une opinion et que je suis capable de discuter de bonne foi les relations de l'enseignement médical avec l'enseignement dentaire. Je n'hésite pas à constater que la médecine n'est pas une science, elle est basée en partie sur certaines branches de différentes sciences et en partie sur l'empirisme. La médecine est décrite comme l'art de guérir dans toutes ses branches : cela doit nécessairement comprendre les branches médicales et chirurgicales de la dentisterie et le traitement des irrégularités dentaires et des difformités dento-faciales. C'est un fait trop connu pour requérir une discussion que les écoles de médecine, sauf quelques exceptions, n'enseignent pas l'anatomie et la pathologie détaillées des dents et des tissus qui leur sont associés. Vous avez tous observé que les erreurs sérieuses dans les diagnostics et les traitements sont souvent dues à un manque de connaissances de la part des médecins sur les lésions des dents et des maladies qu'elles causent. Les écoles de médecine ont plus besoin d'un enseignement complet de l'anatomie dentaire, de la pathologie, de la thérapeutique, et des maladies et des lésions chirurgicales dépendant des lésions dentaires, du traitement des fractures et autres affections des mâchoires et de l'hygiène buccale, que les collèges dentaires modernes n'ont besoin d'un enseignement quelconque donné dans les écoles de médecine. Le professionnel d'aujourd'hui est si absorbé dans le vaste développement et l'étendue de sa profession qu'il ignore dans beaucoup de cas l'avancement rapide des autres professions et la grandeur de leur étude et de leur utilité.

Les hommes qui sont à la tête de l'enseignement, à la fois général et professionnel, excepté, comme de juste, les professeurs des collèges dentaires, n'ont qu'une bien maigre connaissance de ce qu'est la dentisterie et de ce que sont les devoirs difficiles et variés du dentiste pendant que beaucoup de gens instruits, bien informés sur presque tous les sujets, n'ont seulement qu'une idée très rudimentaire de la dentisterie et de la pratique dentaire. Il n'y a pas de profession qui demande une plus grande étendue de connaissances que celle de dentiste, qui confine aux arts et aux sciences et leur réclame leurs productions les plus délicates pour les faire servir à son usage. La dentisterie n'est pas autant une branche de la médecine que pourraient le croire bien des gens qui n'ont pas bien examiné la question. L'habitude donne souvent des impressions mentales que la logique repousse difficilement. Il y a certaines branches du savoir qui sont des sciences par elles-mêmes, dont des parties sont essentielles quand on pose les bases de l'étude de la médecine, mais elles ne sont en aucune façon des branches exclusives de la médecine.

Ces sciences doivent être étudiées par des hommes appartenant à d'autres professions qu'à celle de la médecine, de façon à ce que l'étudiant puisse comprendre les principes formant la base de sa profession. Les pharmaciens doivent connaître la chimie organique, ainsi que la chimie inorganique. Le mécanicien doit comprendre la physique et les lois gouvernant l'application de la force. Le sculpteur doit connaître les profils anatomiques ou son travail sera manqué. Le naturaliste doit être bien ferré en physiologie, car c'est sur cette science que sa profession est basée.

« La biologie est une science qui traite de la nature et des propriétés de la manière animée et des êtres vivants. »

« La physique est l'étude des phénomènes des corps et des forces agissant sur ces derniers, en excluant celles qui agissent sur des atomes, lesquelles appartiennent à la chime. »

« La chimie est la science traitant de l'action mutuelle qui s'exerce entre les éléments et leurs composés, et l'art d'identifier ou de déterminer la composition des substances présentées en vue d'une analyse. »

« La physiologie est la doctrine des phénomènes vitaux des organes et de leurs relations avec les lois chimiques et physiques. »

« L'anatomie est la science traitant de la structure des corps organisés, qu'ils soient végétaux, animaux ou humains. » Ces sciences ne sont pas médicales et ne sont pas non plus dans toute l'acception du mot des branches de la médecine. Les mathématiques sont employées dans l'enseignement et la pratique de la médecine, mais personne ne voudrait prétendre que les sciences exactes sont une branche de la médecine. La médecine emprunte à ces dernières autant qu'il est nécessaire pour préparer ses étudiants à leurs rôles de praticiens. Les collèges dentaires, de leur côté, prennent dans les arts et les sciences précités des connaissances, qu'ils emploient à former et à développer l'étudiant pour en faire un adroit et habile praticien.

La dentisterie est une profession embrassant les connaissances suivantes :

1° La physique, la chimie, l'anatomie, l'histologie, la métallurgie, la physiologie et la bactériologie ;

2° Sa pratique requiert un degré élevé d'habileté, de dextérité manuelle et de technologie, et une connaissance exacte des principes mécaniques et des lois fondamentales sur lesquelles ils sont basées ;

3° Une connaissance complète des propriétés physiques et chimiques de tous les minéraux et métaux et de leurs usages dentaires variés ;

4° Une connaissance de la matière médicale, de la thérapeutique, de la pathologie générale et spéciale, du diagnostic physique et des principes de la chirurgie et de la chirurgie buccale ;

5° La dentisterie opératoire et prothétique et l'orthodontie.

Parmi les cinq articles précédents on voit que les sujets strictement médicaux sont contenus dans le quatrième paragraphe.

Il est juste de dire que la dentisterie est divisée en cinq parties, dont l'une est médicale.

Celui qui veut atteindre le plus haut degré de succès dans la profession de dentiste doit être pénétré de la nécessité de posséder les sciences précitées ou instruit des portions de ces sciences qui embrassent les principes et la pratique de la dentisterie.

Pour donner une idée exacte de ce que doit être l'enseignement dentaire moderne, nous soumettrons le court aperçu suivant des matières et de l'ordre des études comme type du système suivi par les écoles dentaires de premier ordre.

ANATOMIE

Dans la première année (Freshman year) le cours comprend l'anatomie des os, des ligaments, des muscles et des viscères. Il est donné chaque semaine trois leçons, à l'aide du cadavre, des mannequins, des gravures ou du tableau. Chaque étudiant fait une dissection complète d'une extrémité inférieure et finit cette étude la première année.

Dans la deuxième année (Junior year) le cours comprend l'étude de l'anatomie des artères, des veines, des lymphatiques, des nerfs et des organes d'un sens spécial. Ces derniers sont approfondis d'une manière sérieuse. Ces études, avec la dissection complète d'une extrémité supérieure durant cette seconde année, complétant ainsi la dissection du corps entier, sont terminées de cette façon.

PHYSIOLOGIE

Le cours de physiologie comprend le sujet tel qu'il est enseigné dans les écoles de médecine reconnues et s'étend au delà de la première et de la deuxième année. Durant la première année, deux leçons avec vues stéréoptiques et démonstrations et une séance d'interrogations sont faites chaque semaine. Pour les interrogations, la classe est divisée en sections d'un certain nombre d'élèves chacune, de façon à ce que chaque étudiant du cours puisse être interrogé chaque semaine.

Dans la première année d'étude les sujets traités sont le phénomène des cellules vitales, la circulation du sang, la respiration, la composition chimique du corps, la nourriture, la digestion, l'absorption, les sécrétions, le métabolisme, la chaleur animale, la diète et la nutrition, la production de la voix, etc.

Cette étude s'achève dans la première année.

Dans la seconde année l'étude comprend le système nerveux et les sens et est achevée cette année-là. La physiologie du système

nerveux en entier est traitée, servant ainsi de base à une meilleure conception des parties spéciales, comme les nerfs craniens.

PHYSIQUE ET CHIMIE

Le cours de chimie est en même temps théorique et pratique. Les leçons sont toujours en rapport avec des démonstrations du sujet traité. Le cours est continué pendant la première et la seconde année; les éléments de la chimie inorganique reçoivent un développement en rapport avec l'étude des corps non-métalliques.

La seconde année embrasse la chimie des métaux, la métallurgie, la chimie organique et les questions chimiques spéciales intéressant le dentiste. Les manipulations au laboratoire de chimie sont continuées depuis le commencement pendant les deux années. En plus de beaucoup d'expériences, l'étudiant apprend à faire des analyses chimiques d'urine, de salive et d'autres produits physiologiques.

L'étude de la physique consiste en leçons et démonstrations de physique faites d'une manière pratique avec les principes de mécanique, de chaleur, de lumière et d'électricité employés spécialement en art dentaire.

HISTOLOGIE

Ce cours embrasse en même temps l'histologie normale et pathologique. Il est fait aux élèves de première année une leçon par semaine sur la structure microscopique des tissus normaux. De plus, il leur est fait un cours spécial au laboratoire, sur la teinte et le montage des spécimens et leur étude sous le microscopique. Dans ce cours tous les tissus du corps humain sont étudiés avec soin.

Dans la seconde année les tissus pathologiques sont étudiés, aussi bien que la structure histologique des tumeurs.

Les étudiants teignent et montent les spécimens leur appartenant comme dans la première année. Cette étude est achevée dans la seconde année.

PATHOLOGIE DENTAIRE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET COMPARÉE

Dans ce cours l'étudiant apprend non seulement l'anatomie des dents humaines, mais aussi leurs homologies. La dentition en général dans tous les ordres d'animaux est étudiée aussi bien sous le côté scientifique que sous le côté pratique et le cours comprend en première année l'anatomie dentaire, et en seconde année l'anatomie comparée, chaque étude étant achevée à la fin de l'année.

Les cours sont illustrés par une grande collection de crânes et de dentitions, représentant tous les ordres principaux du monde des vertébrés et aussi par des vues stéréoptiques.

Dans la troisième année (Senior year) les leçons d'anatomie patho-

logique comprennent les anomalies et les excroissances morbides trouvées dans la cavité buccale. La pathologie générale comprend les changements survenant pendant la dentition des enfants, avec les changements des tissus. Ceux-ci sont illustrés par des spécimens préparés et par de nombreux diagrammes et cartes.

L'anesthésie générale et l'anesthésie locale sont enseignées par des leçons spéciales et illustrées par des vivisections et des expériences sur des animaux vivants pour montrer les tissus et organes affectés, et les changements durant l'anesthésie. Toutes les fonctions principales du corps sont montrées en pleine action par une série d'expériences sans douleur sur différentes classes d'animaux. Le but est de permettre à l'étudiant d'approfondir la base des principes sur lesquels une intelligente et large pratique doit être fondée.

BACTÉRIOLOGIE

Dans la troisième année la bactériologie pratique forme un cours obligatoire. L'étude de la bactériologie est inséparablement liée à celle de la dentisterie.

La bouche est le grand centre de l'infection, chaque dent cariée est un tube de culture dans lequel les bactéries croissent et, par la voie alimentaire ou par absorption directe, exercent des influences toxiques sur l'organisme entier. C'est vraiment grâce à une connaissance plus intime de l'activité biologique des micro-organismes « unicellulaires » végétaux que l'hygiène moderne a atteint la prééminence et l'importance qu'on lui accorde justement maintenant. Il n'y a plus aucun doute à présent que certaines formes de végétaux communs causent certaines maladies, ceci ayant été prouvé avec exactitude par des démonstrations scientifiques. Les travaux consistent dans la préparation des divers milieux, leur culture et leur stérilisation par la vapeur ; la stérilisation des matières telles que le verre, le fer, etc..., qui peuvent être employés avec la chaleur sèche ; la culture et l'identification des organismes non-pathogènes sur les milieux ; l'étude, la culture et la classification des formes les plus communes d'organes pathogènies, l'étude des caries dentaires à la fois naturelles et artificielles et la stérilisation des instruments.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Dans la première année l'étude de la matière médicale et de la thérapeutique est enseignée au moyen d'interrogations une fois par semaine, la classe étant divisée en sections pour cette occasion.

Dans la seconde année des leçons didactiques et cliniques et des démonstrations sont faites chaque semaine. Dans la troisième année les étudiants ont deux leçons par semaine sur la thérapeutique et des démonstrations de thérapeutique clinique, suivant l'enseignement

donné cette année. Tout l'enseignement est basé sur une série de phases consécutives dans la matière médicale organique et inorganique premièrement, et secondement sur l'étude de l'action des médicants à la fois constitutionnels et locaux, avec leurs doses, propriétés, et leurs effets locaux et constitutionnels sur le corps humain. Tous les nouveaux modes de traitement sont entièrement démontrés, et un cours sommaire de toxicologie est fait à la fin du cours.

ENSEIGNEMENT DE LA PROTHÈSE ET DE L'ESTHÉTIQUE DENTAIRE

L'enseignement comprend à la fois l'instruction théorique et pratique et la construction mécanique et artistique de toutes les méthodes variées admises pour restaurer les organes dentaires détériorés et remplacer ceux qui sont perdus.

On s'attache surtout au vaste champ des possibilités et aux principes qui impliquent le rétablissement des traits du visage, et des fonctions normales détériorées, et aux lois régissant les articulations et l'occlusion des dents.

Les gencives continues, le métal estampé ou fondu, les dentiers en vulcanite et en celluloïd, les attelles interdentaires et le traitement mécanique des fractures des maxillaires, les obturateurs et les voiles artificiels, les couronnes et les travaux à pont en or et en porcelaine, reçoivent l'attention que demande leur importance.

TECHNIQUE PROTHÉTIQUE

Le cours de technique prothétique se fait en première et en deuxième année et comprend les théories complètes et pratiques de l'enseignement de la technique prothétique dentaire.

Il embrasse en détail la construction expérimentale de toutes les formes variées de dentiers artificiels et les appareils en usage maintenant, y compris la prise des empreintes et la manipulation des différentes matières employées ; l'arrangement des dents artificielles et la construction de dents à base de platine, d'aluminium, estampé ou fondu, en alliages fusibles et en vulcanite ; les couronnes et les ponts de toute méthode admise en métal et en porcelaine ; la métallurgie, l'art de souder; les caractères des métaux variés employés dans les mélanges ; les soudures, l'alliage, etc., les gencives continues ; les couronnes et les ponts et l'usage des différents fourneaux. En tenant compte de l'importance d'un enseignement entièrement pratique, on s'efforce spécialement de faire ce cours complet dans tous ses détails, donnant ainsi à l'étudiant une ample occasion et des facilités pour acquérir l'habileté de manipulation et lui permettre de familiariser avec les principes de la prothèse moderne.

ORTHODONTIE

En orthodontie, les méthodes modernes pour corriger les irrégularités des dents et les difformités dento-faciales sont enseignées; une attention spéciale est accordée aux principes fondamentaux de la force appliquée dans toutes ses relations avec l'orthodontie. Dans la seconde année, préparation des matières, construction des appareils de redressement et technique mécanique. Dans la troisième année, l'application pratique et la direction des appareils régulateurs sont démontrés au dispensaire. Dans ce cours, l'instruction théorique est amplement accompagnée de modèles, d'appareils, de gravures, etc., de cas de pratique, montrant chaque variété d'irrégularité dentaire et faciale.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Etude des formes des dents et de la distinction des caractères individuels des différentes classes de dents humaines; étude des pulpes et des canaux des racines comparativement aux formes extérieures des couronnes des dents, chaque élève étant pourvu de dents à cette intention ; enseignement spécial pour la coupe des dents, dans laquelle les étudiants sont pratiquement mis au courant des qualités physiques de la dentine et de l'émail et des meilleurs moyens de former les cavités ; étude de l'émail, de ses prismes et de la direction du clivage des différentes parties des couronnes des diverses dents, avec attention spéciale à la meilleure forme et au fini des bords des cavités à obturer ; étude de la manière et des moyens d'ouvrir les cavités pulpaires des diverses dents, de façon à exposer le mieux possible les canaux des racines dans le but d'enlever les pulpes ; nettoyage et obturation ; obturation de canaux radiculaires en dehors de la bouche, suivie de l'examen des résultats. Etude des ciments et des amalgames, de leur composition, de leurs qualités et de leur manipulation ; des qualités physiques de l'or comme matière obturatrice, de sa manipulation à l'état cohésif et adhésif et de ses propriétés de soudure, des conditions de développement et de durée de ces propriétés ; pratique des obturations avec essais de fuite, etc.

Le cours comprend des manipulations pratiques de toutes les matières employées pour les obturations.

On enseigne la manière de prendre soin et de se servir des instruments en même temps que l'étude de leurs formes. La fabrication de ces instruments est comprise dans ce cours, qui permet également de se familiariser avec les diverses catégories d'instruments dentaires.

Le cours de dentisterie opératoire a pour but de développer le sujet dans l'ordre de succession logique des principes fondamentaux en première année jusqu'aux détails pratiques du cabinet

d'opérations en troisième année. L'application pratique à l'infirmerie des théories enseignées dans les cours est faite avec insistance et une grande partie des leçons de troisième année consiste en une étude des fautes et erreurs commises par les étudiants dans leurs travaux à l'infirmerie de telle façon que les erreurs accidentelles d'un commençant puissent être corrigées au collège avant que l'élève se présente devant le public. Vers la fin de la troisième année l'étudiant dans la pratique de l'infirmerie doit étudier chaque cas qui lui est présenté et de lui-même décider le traitement propre à suivre. Quand il a pris cette décision, il doit appeler un professeur et lui relater le résultat de ses réflexions. Sa décision est alors confirmée ou corrigée. Ceci est fait dans le but de développer chez l'étudiant l'habitude de l'étude individuelle des cas et aussi de lui apprendre à exercer son jugement personnel, au lieu de compter toujours sur celui des autres. Un cours très complet est fait sur les obturations de porcelaine. Les avantages et la limitation des obturations en général et les indications des obturations de porcelaine et d'or, ainsi que leur confection, sont traités avec soin et détail. Une réelle conception des cas où il est possible de pratiquer ces obturations est nécessaire dans la pratique dentaire avancée d'aujourd'hui, et il est tenu compte de ce fait de la façon la plus pratique dans ce cours.

La technique opératoire en première année est enseignée dans des cours convenables faits par un professeur spécial et son but est de donner aux étudiants une connaissance intime des tissus sur lesquels ils ont à opérer, des qualités physiques et des adaptations des matières employées, de l'usage des instruments par une pratique systématique sur des dents en dehors de la bouche.

DIAGNOSTIC PHYSIQUE

Avec le progrès qui a été fait dans toutes les branches de la dentisterie pratique il devient non seulement désirable, mais nécessaire que le dentiste puisse non seulement faire un examen de son patient pouvant lui permettre de déterminer avec prudence l'usage d'un anesthétique, mais de connaître aussi les conditions qui devraient influer sur le choix d'un anesthésique pour chaque cas individuel. Ceci, avec une connaissance de l'action physiologique des anesthésiques individuels, des remèdes propres et des procédés auxquels on doit avoir recours au cas où l'on serait menacé ou en présence d'un arrêt des fonctions vitales, préparera l'anesthésiste à prendre soin de son patient autant que la nature du cas le demande.

CHIRURGIE BUCCALE

En troisième année il est fait un cours de chirurgie buccale à la fois théorique et clinique, embrassant la discussion et la présenta-

tion des maladies chirurgicales, de même que les principes de la chirurgie pratique. A la clinique chirurgicale, qui est très étendue et remplie de cas intéressants, il est pratiqué une variété d'opérations.

C'est ainsi que nous exposons et résumons sommairement, sans entrer dans aucun détail, les études qui doivent être faites pour préparer l'étudiant à entrer dans l'exercice de sa profession. De quelle manière et dans quel milieu l'étudiant peut-il mieux acquérir ces connaissances ? Ma réponse est celle-ci : au collège dentaire, qui a installé, organisé et dirigé seulement comme tel ou dans la section dentaire d'une Université. On a beaucoup parlé en Amérique aussi bien qu'en Europe de la qualification des dentistes pour l'admission à l'exercice de leur profession. Dans une réunion à Londres en août 1901, un docteur renommé du collège Royal des chirurgiens remarqua qu'un petit nombre de ceux qui deviennent licenciés en science dentaire (L. D. S.) essayent ensuite d'obtenir la qualification plus haute représentée par le degré de M. D.

Il est impossible à un dentiste d'obtenir sous forme de certificat d'adepte et d'expert pour pratiquer la dentisterie une qualification plus haute que celle d'avoir achevé ses longues études dans un collège dentaire, lesquelles lui ont permis de recevoir la plus haute des qualifications que les professeurs les plus expérimentés et les plus distingués puissent posséder.

Les vues du Président offrent un contraste frappant avec celles exprimées par le professeur Joseph Griffiths, chirurgien en chef de la section médicale de l'Université de Cambridge, dans un discours prononcé devant les membres de cette Université, en août 1901, où il est déclaré ce qui suit :

« L'enseignement mécanique a été vraiment négligé dans l'éducation du chirurgien et de cette négligence vient ce que nous déplorons souvent : l'imperfection des connaissances mécaniques et un raisonnement basé sur cette imperfection qu'on rencontre chez des chirurgiens de renom.

» Une instruction mécanique du meilleur genre est essentielle à un dentiste et doit former la base de ses futurs travaux.

« C'est pourquoi je voudrais fermement vous recommander de ne pas imiter l'éducation de l'étudiant en médecine, mais de continuer sur le chemin qui instruit un dentiste pour l'exercice de sa profession du commencement à la fin, et n'avoir qu'un seul but en vue, celui de tâcher d'obtenir un résultat définitif.

» N'essayez pas de faire d'un médecin un dentiste, mais laissez le dentiste commencer et finir comme tel.

» Cette éducation peut-elle être menée de front avec celle du médecin ? Là est la question d'importance pratique. Je répondrai sans

hésitation : *non.* L'anatomiste peut instruire l'un ou l'autre, mais il ne peut les instruire ensemble sans donner à l'un plus d'attention qu'il ne lui en faut et sans en donner insuffisamment à l'autre.

» C'est la même chose en physiologie ; par conséquent je répète que leurs cours devraient être séparés et arrangés de manière à ce qu'ils visassent le but véritable. En physique et en chimie le même enseignement pourrait servir ; mais *non* dans l'étude des maladies. Est-ce que l'entreprise de pareils cours d'études conviendrait à une Université ? Dans mon humble opinion oui, et cela devrait être, car le travail du dentiste est aussi honorable et aussi digne de respect que celui de toute autre profession plus ancienne, et j'ai confiance que les Universités plus nouvelles suivront cette ligne de conduite et auront une section pour les étudiants en dentisterie, afin qu'ils puissent obtenir leur degré d'Université à côté des étudiants en médecine. Mais j'espère aussi que les autorités laisseront la dentisterie et la médecine libres de se développer dans la voie qui leur conviendra le mieux à chacune par de rapides progrès. Quoique la dentisterie soit partie intime de l'art médical, elle peut difficilement être qualifiée ainsi, car son élévation a été tellement complète qu'elle forme maintenant une division distincte dans l'art de guérir.

» C'est, j'ose le croire, une enfant de vieille race destinée à continuer une existence indépendante et à travailler seule à son salut. »

Telles sont les paroles du Prof. Griffiths dont les vues sont si clairement présentées et s'accordent si parfaitement avec les paroles suivantes du Dr Olivier Wendell Holmes en réponse à un toast dans un banquet de la Société odontologique de New-York :

« La profession dentaire a établi et prolongé le règne de la beauté. Elle a pris à la vieillesse ses traits les plus déplaisants et a rendu la vie humaine agréable au delà des limites des années quand le patriarche myope aurait pu s'écrier : « Je n'y ai aucun plaisir. »

Dans les universités américaines l'expérience a prouvé que les intérêts des étudiants en médecine et en dentisterie sont mieux sauvegardés lorsque ces étudiants sont instruits dans des cours séparés.

L'ingénieur civil ne pourrait pas recevoir une distinction plus supérieure sous forme de certificat que celui de l'école de technologie ou de génie civil. Il en est de même de la dentisterie ; elle a établi son type de qualification. Le programme d'études du collège dentaire moderne permet à l'étudiant de faire face à toutes les exigences qui le qualifieront éminemment pour les responsabilités variées et compliquées d'un praticien dentiste, et il n'y a pas de qualification pour lui plus haute et plus avantageuse que celle de dentiste.

Comme conséquence de ce que nous venons de dire, nous arrivons aux conclusions suivantes.

La dentisterie est une profession par elle-même, et non pas une fraction d'une profession. L'art de la dentisterie embrassant la partie principale du travail d'un dentiste n'est pas enseigné dans les écoles de médecine ; conséquemment les médecins qui n'ont pas suivi l'enseignement spécial de la dentisterie ne sont ni par leurs études, ni par leur expérience pratique, en état de présider le Conseil des examinateurs, de juger des aptitudes des candidats à l'admission à la pratique de dentiste. Outre cela, c'est je pense, par suite d'une erreur de la part de ceux qui sont à la tête des grandes sections de dentisterie si compliquées que les Facultés de médecine et les Conseils médicaux sont délégués pour décider si les étudiants en dentisterie sont suffisamment instruits et habiles pour pratiquer. Le jour viendra sûrement où les leaders de la profession parmi les dentistes du monde entier, dans leurs pays respectifs, à l'aide de leurs connaissances dentaires, instruiront eux-mêmes les hommes qui se destineront à être dentistes et leur accorderont leurs qualifications, après quoi ceux-ci seront examinés et diplômés par un conseil dentaire nommé par le gouvernement dans ce but, les candidats devant satisfaire aux exigences de celui-ci. Nous ne sommes pas si faibles qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une autre profession afin qu'elle soit responsable pour nous ou notre réputation ou afin d'assurer le public de notre habileté comme professionnels.

Le dernier grand Congrès international tenu à Paris est un indice de la puissance de la profession dentaire et de la presse dentaire.

Ce congrès n'était pas une fraction de congrès, c'était un tout. Il était fort.

Ce Congrès a créé cette fédération internationale.

La fraction du congrès médical, la section dentaire, qui était en session au même moment, n'était pas forte, elle était même faible. Il en est de même de son instruction dentaire. L'institution dentaire organisée et dirigée par une Faculté de médecine comme section, annexe, fraction ou département d'une école de médecine et surveillée par la faculté de médecine qui prétend qu'un médecin est presque un dentiste, donne trop rarement des résultats satisfaisants.

Faisons donc sans hésiter notre devoir envers nous-mêmes, envers notre profession et envers les gens qui recherchent nos services. Assumons l'entière responsabilité d'instruire convenablement nous-mêmes les jeunes gens dans la science et l'art dentaire.



L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE.

Il y a peu de temps encore il fallait pour devenir dentiste fournir un certificat de moralité, passer un examen écrit de deux heures et subir un interrogatoire de 45 minutes dans lequel étaient comprises une exploration clinique et une extraction sur le vivant ou, à défaut, sur le trépassé.

Telle était la loi.

Faisons d'abord remarquer le caractère suranné du certificat, qui devait nécessairement disparaître à bref délai. Quant à l'examen lui-même, nous savons — et nous n'exagérons pas,— que presque toujours le côté théorique consistait en quelques questions insignifiantes adressées au récipiendaire et que la partie pratique était absolument nulle ou non existante. La preuve, c'est que même dans ces derniers mois des jeunes gens sachant à peine lire et écrire, c'est-à-dire en possession d'une instruction absolument rudimentaire, ont pu obtenir le diplôme de dentiste. Du reste, les commissions étant composées de deux médecins et d'un apothicaire ou même d'un vétérinaire ou d'un architecte, c'est-à-dire d'interrogateurs incompétents (du moins pour la dentisterie et la prothèse), devaient fatalement en arriver à donner de pareils résultats. Nous nous empressons d'ajouter que la profession, à côté d'une foule de médiocrités et de non-valeurs, compte cependant des éléments fort distingués, qui ont su se frayer une voie des plus enviables par leur talent et leur travail personnels. Les autorités que la chose concerne ont depuis longtemps vu le danger qu'il y avait à voir durer cette lamentable situation, et comme on ne parvenait pas à se mettre d'accord et qu'il n'y avait pas d'ailleurs moyen d'improviser des écoles dentaires convenables en peu de temps, le ministre compétent a signé le fameux arrêté qui oblige le futur dentiste à exhiber, au préalable, le diplôme de candidat en médecine, chirurgie et accouchements, en lieu et place du certificat de moralité. Pour le quart d'heure donc, comme le dit le Dr Roy, dans son excellent et récent article intitulé « En Belgique », l'examen reste sensiblement ce qu'il était antérieurement à l'arrêté de 1899. Nous dirons pourtant qu'il est devenu plus sévère en ce sens qu'on exigera plus ou moins et en réalité les examens cliniques et un travail de prothèse. Nous ajoutons que ce travail de prothèse ne sera qu'un simulacre, pour le bon motif :

I° Qu'aucun enseignement sérieux n'existe ici ;

II° Que les interrogateurs seront incompétents, surtout pour la partie prothétique ;

III° Parce que des ateliers de prothèse et les installations *ad hoc* manquent.

Nous sommes parfaitement de l'avis du Dr Roy quand il dit que ces mesures ont pour but d'arriver à la suppression des dentistes. C'est une étape, évidemment, dans l'esprit de ceux qui ont proposé cette modification à la loi. Nous pensons néanmoins que personne n'a le droit de se plaindre du nouvel état de choses. Nous verrons ou bien une école dentaire sérieuse prendre naissance ici, de façon à ce que les jeunes gens puissent trouver dans leur pays un enseignement convenable, ou bien le gouvernement ou les universités libres annexeront aux établissements universitaires des cliniques de dentisterie et des laboratoires de prothèse, ainsi que cela existe déjà dans d'autres pays.

La situation actuelle est essentiellement transitoire ; nous sommes en art dentaire, on l'a dit avec raison, à la queue des nations civilisées. A bref délai, nous allons avoir une solution, et, quelle qu'elle soit, nous sommes certain que nos législateurs, ayant pris l'avis d'hommes autorisés et compétents, auront à cœur de n'envisager que le bien public ; l'arrêté royal précité a eu pour effet immédiat d'empêcher l'entrée dans nos rangs de personnes ignorantes ou à peu près, qui à tout moment peuvent nuire à leurs semblables en leur inoculant la syphilis par exemple ; car il est bien certain que celui qui ignore les manifestations de cette affection et les dangers qu'il y a à la communiquer au moyen des instruments négligera aussi de stériliser son attirail instrumental.

Attendons donc, sachons nous contenter de la situation provisoire que nous avons, et avant de nous plaindre et de lever les bras au ciel en signe de désespoir, voyons quelle sera la tournure que prendront les discussions officielles qui naîtront sous peu.

H. VERSLUŸSEN.



Nous relevons dans la Presse scientifique et médicale, *notamment dans la* Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie *du 26 octobre 1902, l'important rapport présenté par M. Bourquelot à l'Académie des sciences sur l'unification de la formule des médicaments héroïques, dont nous publions ci-après un extrait.*

Il est vraiment intéressant de voir qu'à la suite des expositions et des Congrès internationaux on sent dans les diverses branches de la science et de l'industrie la nécessité d'une entente internationale et nous nous félicitons que les dentistes n'aient pas été les derniers à le comprendre. C'est là la meilleure justification de la **Fédération** *dentaire internationale, dont l'action et les* **résultats** *se sont manifestés l'an dernier à Cambridge et viennent de se confirmer d'une façon si éclatante à* Stockholm, *notamment par la décision relative au 4e Congrès dentaire international.*

C. G.

L'UNIFICATION DE LA FORMULE DES MÉDICAMENTS HÉROÏQUES.

M. Bourquelot a lu à l'Académie de médecine un rapport dans sa séance du 14 octobre résumant les résultats de la Conférence internationale pour l'unification de la formule des médicaments héroïques.

Le principe de l'unification des formules de médicaments dans les différentes pharmacopées a été discuté, pour la première fois, au 2e Congrès international de pharmacie de Paris en 1867. Le projet, issu de cette discussion, et ceux qui furent examinés dans quelques congrès ultérieurs, ne pouvaient aboutir ; ils visaient un trop grand nombre de médicaments et n'avaient pour eux aucun appui officiel.

Peu à peu on s'est rallié à l'opinion que, si l'on voulait arriver à un résultat, i fallait, d'une part, ne comprendre dans les formules à unifier que celles des préparations qui renferment des principes énergiques ou héroïques, et, d'autre part, trouver un gouvernement de bonne volonté qui consentît à prendre en main la question.

On se mit d'accord sur le premier point au Congrès pharmaceutique de Bruxelles en 1897, et au Congrès international de médecine de Moscou. Sur l'initiativè du Dr Rommelaere et de l'Académie royale de médecine (29 avril 1899), le gouvernement belge s'occupa de faire pressentir, par la voie diplomatique, les gouvernements des pays étrangers sur leur adhésion éventuelle à une conférence internationale pour l'unification de la formule des seuls médicaments héroïques.

Les négociations durèrent jusqu'au début de 1902. Le 22 mars, le ministre de l'Agriculture annonçait que les gouvernements de tous les

pays étrangers, — excepté la Roumanie, — adhéraient à l'idée d'une entente pour donner une composition uniforme aux médications héroïques d'un usage international. Il fut donc décidé qu'une conférence internationale se réunirait à Bruxelles le 15 septembre 1902, et c'est cette conférence dont M. Bourquelot, délégué de l'Académie avec MM. Gariel et Yvon, vient de rapporter les travaux.

Le lundi 15 septembre, les délégués se réunissaient, et M. le ministre ouvrait la Conférence en leur souhaitant la bienvenue, au nom du gouvernement belge et comme ministre de la santé et de l'hygiène publique.

Sur la proposition de M. Gariel, premier délégué de la France, M. le Dr Devaux, premier délégué de la Belgique, qui avait déjà présidé au travail d'organisation, fut nommé président de la conférence.

La Conférence dura six jours. On commença par discuter les propositions d'ordre général adressées avant la réunion de la Conférence.

A l'occasion de l'examen de ces propositions, trois commissions ont été nommées :

1° Une commission chargée d'établir, conformément à la proposition de la délégation hollandaise, la dénomination latine des médicaments héroïques uniformisés par la Conférence ;

2° Une commission chargée d'étudier, conformément à la proposition de la délégation danoise, la question d'un compte-gouttes normal uniforme ;

3° Une commission chargée d'étudier la fixation de la teneur en alcaloïdes totaux de l'aconit et de ses préparations.

Au cours des discussions, cette troisième commission a été chargée d'étudier, au même point de vue, d'autres préparations galéniques renfermant des alcaloïdes, et il a été décidé qu'elle poursuivrait, au besoin, ses travaux, même après la dissolution de la Conférence.

La première grosse question qui s'est présentée a été celle des poids et mesures.

Dans toutes les pharmacopées, sauf dans celles de l'Angleterre et des Etats-Unis, les parties de toutes les substances entrant dans la composition des médicaments sont exprimées en poids. Dans ces deux dernières pharmacopées, les liquides le sont en volume. La délégation suisse demandait que la Conférence décidât que les parties fussent toujours exprimées en poids, et il était manifeste que cette opinion était celle de toutes les délégations, sauf des délégations anglaise et américaine. Cette question a été résolue très simplement, grâce à l'esprit de conciliation de ces deux dernières délégations.

De telle sorte que la proposition primitive s'est trouvée remplacée par celle-ci : « Les proportions des substances servant à la préparation des médicaments héroïques composés seront identiques, que les quantités soient exprimées en poids ou en volume. » Et tout le monde s'est trouvé d'accord.

Une deuxième question, qui a soulevé une assez longue discussion, est celle du dosage des principes actifs des médicaments héroïques. La délégation suisse demandait que la Conférence fixât la méthode analytique à suivre pour effectuer ces dosages. La délégation fran-

çaise, se ralliant en cela à la manière de voir de la délégation belge, a combattu cette proposition. Le délégué de la Russie et les délégués anglais s'étant également prononcés contre la proposition, la proposition fut retirée en présence des difficultés d'exécution qu'elle comportait.

Une troisième question d'ordre général a retenu aussi un certain temps l'attention. Il s'agissait de savoir quelle serait la sanction des décisions de la Conférence, si et comment ces décisions seraient introduites et mises en évidence dans les pharmacopées.

Finalement, on a pensé qu'il valait mieux laisser à chaque commission de pharmacopée la faculté de choisir ou d'imaginer le système qui lui paraîtrait le meilleur

Après l'examen des propositions d'ordre général, la Conférence a passé à l'étude des propositions particulières à chaque médicament à unifier. Le tableau de la délégation belge en portait 72, mais un assez grand nombre d'entre eux ont été écartés immédiatement de la discussion comme non employés ou non héroïques. En réalité, la liste définitive des médicaments soumis à unification n'en compte que 42.

Cette deuxième partie des travaux de la Conférence a demandé trois séances entières et a donné lieu aussi à quelques discussions intéressantes.

Plusieurs vœux ont été émis. Ces vœux se rapportent aux propositions que la Conférence avait dû écarter comme étrangères à l'objet de sa mission : unification de la nomenclature latine de tous les médicaments ; unification des acides dilués ; unification des tamis employés à la confection des poudres ; unification des procédés d'analyse des médicaments réellement efficaces, comme le sulfate de quinine. Ces vœux ont été votés à l'unanimité, mais ne pourront être examinés que si la Conférence se réunit de nouveau.

Le samedi 20 septembre, la Conférence se réunissait une dernière fois pour entendre la lecture du protocole final et du projet d'arrangement international. Ce document a été signé par tous les délégués, sauf par les délégués de l'Allemagne qui ne pouvaient prendre un engagement formel avant que le gouvernement central de l'empire allemand eût obtenu l'assentiment de tous les gouvernements fédéraux.

Protocole final.

Les soussignés, délégués de l'Autriche et de la Hongrie, de la Belgique, de la Bulgarie, du Danemark, de l'Espagne, des États-Unis d'Amérique, de la France, de la Grande-Bretagne et des Indes orientales britanniques, de l'Italie, du Luxembourg, de la Norvège, des Pays-Bas, de la Russie, de la Suède et de la Suisse, se sont réunis à Bruxelles le 15 septembre 1902, dans le but de préparer un arrangement international pour l'unification de la formule des médicaments héroïques.

A la suite des délibérations consignées dans les procès-verbaux des séances, ils ont arrêté un avant-projet d'arrangement, qui est annexé au présent Protocole, et qu'ils s'engagent à recommander le plus tôt possible à l'approbation de leurs gouvernements respectifs.

Les délégués de l'Allemagne ont constaté, par la déclaration qu'ils ont formulée au cours de la troisième séance, que le gouvernement impérial est entièrement favorable à l'œuvre de la Conférence de Bruxelles, mais que leurs instructions ne les autorisent pas à signer le présent Protocole.

Fait à Bruxelles, le 20 septembre 1902.

Avant-propos d'arrangement.

Article premier. — Il y a lieu de désigner les substances médicamenteuses énumérées ci-après sous les dénominations latines suivantes et de les préparer conformément aux prescriptions mises en regard :

(Suit la nomenclature des médicaments avec les prescriptions adoptées.)

Art. II. — En principe, il y a lieu à l'avenir ;

a) De ne pas donner la forme de vin médicinal à un médicament héroïque.

b) De préparer les teintures des drogues héroïques à 10 pour 100 et par percolation.

c) De préparer les extraits fluides des drogues héroïques à 100 pour 100.

Art. III. — Il y a lieu d'adopter un compte-gouttes normal dont le diamètre extérieur du tube d'écoulement soit exactement de 3 millimètres, c'est-à-dire qui, à la température de 15° C. et avec de l'eau distillée, donne 20 gouttes par gramme.

(*Suivent les signatures.*)

(Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 1902.)



CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un de nos abonnés l'article suivant, qu'il nous prie d'insérer :

De la langue internationale l'Esperanto.

Il a paru déjà dans *L'Odontologie* un excellent article de M. Schoul[1] (30 avril 1902, p. 409) sur la langue internationale l'Esperanto.

Comme je suis moi-même un fervent adepte de cette langue, je me propose, à mon tour, d'entretenir les lecteurs de ce journal du même sujet.

Nombreuses sont déjà les personnes qui comprennent et savent l'Esperanto et bientôt, je l'espère, cette langue aura pris une place enviable à côté et même au-dessus des langues les plus répandues du monde.

Cette langue a des qualités incontestables ; elle est claire, logique, apte à exprimer toutes les idées, tous les sentiments ; de plus elle a l'avantage d'être facilement apprise et comprise, elle est d'une assimilation aisée pour les personnes cultivées, de quelque pays que ce soit ; en effet la plupart des mots dérivent d'une racine latine ou grecque, si bien qu'un homme tant soit peu instruit peut facilement comprendre le sens d'un texte ou d'une lettre à première lecture. Voyez ci-dessous la lettre que je tire de la première page du livre l'Esperanto en dix leçons, Cours du Touring-Club de France, par Th. Cart, professeur agrégé à l'Université, et M. M. Pagnier [1].

Kara amiko

Mi prezentas al mi kian vizagon vi faros post la ricevo de mia letero. Vi regardos la subskribon kay ekkrios : êu li perdis la saĝon ? En kia lingvo li skribis ? Ho trankviliĝu, mia kara, senŝerce mia saĝo, kiel mi almenaû kredas, estas en ordo.

Kun kora saluto mi resta via. N. N.

Traduction.

Cher ami,

Je me représente quel visage vous ferez à la réception de ma lettre. Vous regarderez la signature et vous vous écrierez : est-ce qu'il a perdu la raison ? En quelle langue écrit-il ? Oh tranquillisez-vous, mon cher, sans plaisanterie ma raison, à ce que je crois du moins, est en parfait état.

Je reste, avec un cordial salut, votre N. N.

1. On peut se procurer ce petit livre à la librairie Hachette pour la modique somme de 0 fr. 75.

Il suffit de regarder et de lire cette lettre, ainsi que la première leçon de l'Esperanto, livre cité ci-dessus, pour se convaincre de la facilité de cette langue ; elle a encore la supériorité sur les autres langues de posséder un accent tonique invariablement fixé sur l'avant-derrière syllabe ; aucun malentendu n'est donc possible ; chaque lettre prononcée s'écrit, et réciproquement chaque lettre écrite se prononce.

Une véritable langue internationale est donc née, c'est une grande conquête, profitons-en ; montrons nous dignes de son auteur M. le Dr Zamenhof, de Varsovie, d'autant plus que nous pouvons dire qu'il est un des nôtres par sa profession ; montrons que nous pouvons le suivre, nous autres dentistes, en reconnaissant la grande idée humanitaire de son œuvre. Que de difficultés seront aplanies le jour où, dans nos Congrès internationaux, chacun de nous, au lieu de parler sa langue maternelle, se servira, pour exprimer ses idées, de cet idiome commun ! Il se fera comprendre de tous les assistants et la discussion pourra s'engager entre tous ces hommes éminents, venus des quatre coins du globe, féconde et profitable pour la science.

Il nous sera facile alors d'échanger nos vues avec nos collègues de toutes les nations, russes, anglais, allemands, etc., ce dont nous sommes fort empêchés, si nous ne connaissons plusieurs langues, chose rare, il faut l'avouer chez un Français. Et si vous connaissez déjà une langue étrangère en dehors du latin et du grec, tant mieux, vous retrouverez dans l'Esperanto beaucoup de mots que vous n'aurez pas besoin d'apprendre, car l'Esperanto a emprunté aux langues existantes beaucoup de mots qui ont déjà une internationalité consacrée.

En avant, vous dis-je. *La horo estas grava.* (L'heure est grave.) Ne restez pas en arrière, quand tout le monde marche autour de vous.

La langue internationale née de l'initiative privée a déjà su émouvoir le milieu officiel. Je lis en effet dans le journal *l'Esperantiste* (qui paraît une fois par mois et dont le texte est écrit en français et en Esperanto) que le Conseil général de la Marne a émis un vœu en faveur de l'enseignement facultatif de l'Esperanto dans les Ecoles, vœu qui a été renvoyé à l'Inspecteur d'Académie.

La Conseil municipal de Reims a alloué une subvention de 50 fr. au groupe Esperantiste de cette ville.

N'avons-nous pas déjà, nous autres dentistes, senti la nécessité de nous comprendre réciproquement en cherchant à créer une sorte de langue internationale, comme le prouve l'article paru dans *L'Odontologie* du 15 février 1902, p 123, où l'auteur, M. Faneuil D. Weisse a groupé toute une liste de mots et signes ayant une valeur internationale ?

Je voudrais bien m'étendre davantage sur ce sujet, si je ne craignais d'abuser de l'hospitalité de ce journal. Je m'arrête donc. Un mot seulement encore. Savez-vous qu'il existe des cours gratuits

d'Esperanto faits par des professeurs diplômés, presque tous des universitaires et même des agrégés de l'Université, et savez-vous que dans notre profession il y a déjà un grand nombre d'adeptes de la nouvelle langue ?

Je me permettrai de vous en citer quelques-uns dont les noms me sont connus : d'abord M. Schoull, qui s'est révélé Esperantiste par son article, puis MM. Bernard, à Lille, rue Poissonceau ; Herry Richard, à Bizerte, rue Gibraltar ; d'Argent, à Paris, rue St-Honoré.

Mais je m'aperçois ici que je prêche un converti, qui n'attend, j'en suis sûr, que le moment favorable pour élever lui aussi sa voix puissante et grave, en faveur de cette noble cause.

Je vous dis donc : en avant, faites encore un petit effort, après en avoir tant fait pour l'avancement de la science ; à l'œuvre, les Godon, les Roy, les Viau, les Heïdé et tous ceux qui aiment le progrès.

Les cours vont bientôt commencer un peu partout en France ; à Paris, je vous citerai les cours suivants :

1. A la Sorbonne, tous les samedis à 8 h. 1/2 du soir.
2. Au Lycée Charlemagne, fin novembre.
3. Au Lycée Condorcet, à partir de fin janvier.
4. A l'Ecole Arago, tous les vendredis à 8 h. 1/2 du soir.
5. A l'Ecole Lavoisier.
6. A l'Ecole Colbert.
7. A l'Ecole Turgot, tous les dimanches matin 9-11.
8. A l'Ecole communale, 7, rue St-Ferdinand.
9. A l'Ecole communale, 3, rue de la Jussienne.
10. A l'Ecole communale, 14, rue de Fleurus.
11. A l'Ecole communale, 27, rue Poissy.

J'ai assisté hier dimanche, 16 novembre, à l'ouverture du Cours d'Esperanto, à l'Ecole Turgot ; plus de cent élèves jeunes et vieux des deux sexes se sont fait inscrire et ont applaudi chaleureusement M. Boitel, professeur d'Esperanto et directeur de l'Ecole Turgot, qui s'est chargé de faire ce Cours.

A quand la création d'un Cours d'Esperanto à l'Ecole dentaire de Paris ?

Bientôt je l'espère.

En avant, Français ; montrez que, comme vos pères, vous savez marcher à l'avant-garde du progrès et des grandes idées.

SZWAYCARSKY SCHWEITZER HUGO.



NOUVELLES

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France nous communique l'ordre du jour suivant de sa prochaine assemblée générale, fixée au samedi 13 décembre 1902, neuf heures du soir, au *Dîner français*, 27, boulevard des Italiens.

Allocution du président.

Compte rendu des travaux du Conseil d'administration.

Rapport du trésorier.

Les mécaniciens-dentistes vis-à-vis de la loi de 1892 ; leur droit à l'exercice professionnel.

Élection de six conseillers.

Du titre à exiger des opérateurs employés chez les dentistes ; des conditions de leur exercice.

Cette assemblée générale sera précédée d un dîner intime qui aura lieu dans le même local, à sept heures, sous la présidence du Ministre du Commerce.

Les mécaniciens-dentistes d'Autriche.

La Société des mécaniciens-dentistes de la Basse-Autriche a adressé à la Chambre des députés autrichienne une pétition relative à la réglementation de la corporation.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

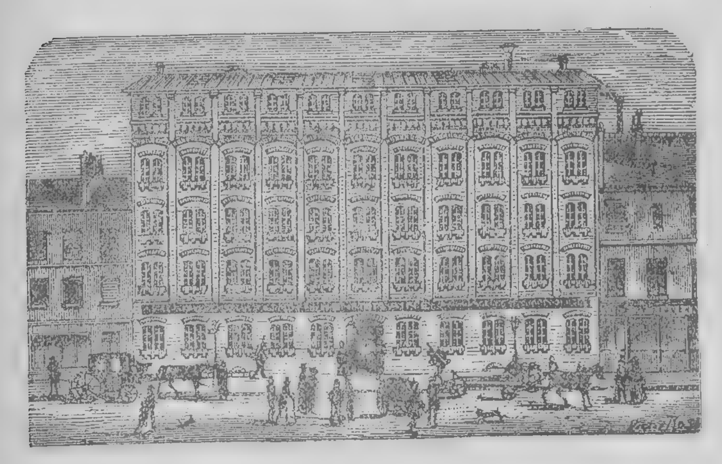
Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. }

A VENDRE OU A LOUER

EN PARTIES OU EN TOTALITÉ

BELLE ET IMPORTANTE USINE



PROPRE A

Toute industrie

Quartier ouvrier

Communications faciles



Superficie totale : 1608 mètres

BATIMENT PRINCIPAL

40 m. de façade sur 12 m. de profondeur

Pour visiter s'adresser sur les lieux,

10, rue Mercœur

(Bd Voltaire, XIe Arr.)



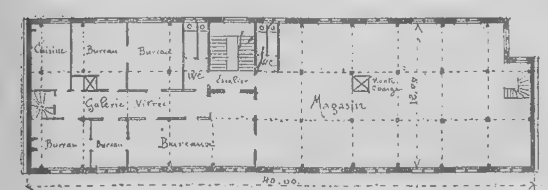
POUR LES CONDITIONS,

Écrire à M. PAPOT

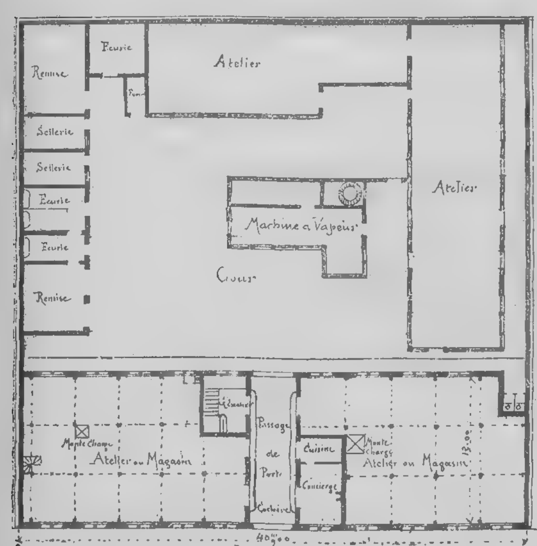
45, rue de la Tour-d'Auvergne

PARIS

Plan du 2e Etage.



Plan du Rez-de-Chaussée.



Rue Mercoeur N° 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 15 20 25 mètres

22e ANNEE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie est une **TRIBUNE LIBRE**, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Mercredi 13 août.

SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. DELAIR, vice-président.

A PROPOS DE L'OPPORTUNITÉ DE L'AVULSION DENTAIRE PRÉCOCE OU TARDIVE DANS LA PÉRIODONTITE SUPPURÉE AIGUË

Par R. HEIDÉ,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Au programme de la séance d'ouverture du troisième Congrès dentaire national tenu à Paris en 1897, était inscrite une communication de notre confrère et ami Mendel-Joseph « Sur l'opportunité de l'avulsion dentaire précoce ou tardive dans la périodontite suppurée aiguë ».

On voit de quoi il s'agit : une molaire, petite ou grosse, est atteinte de carie pénétrante ; la pulpe morte est devenue un milieu de culture de choix ; les bactéries y pullulent et pénètrent dans les régions profondes, contaminant la ré-

gion alvéolaire ; la membrane péridentaire infectée s'enflamme, et cette inflammation détermine la série bien connue des symptômes caractéristiques de la périodontite suppurée aiguë. Dans ce cas, faut-il faire l'avulsion immédiate ou attendre, pour la faire, que le pus soit collecté ou que son évacuation ait commencé? La plupart de nos confrères étaient jusqu'alors favorables à l'alvulsion immédiate.

M. Mendel-Joseph a pensé que le sujet méritait un examen approfondi. Lorsque la pulpe de la dent est seule atteinte, l'avulsion n'offre pas le moindre inconvénient. « Mais dit-il, lorsque l'infection a pénétré dans les tissus profonds, lorsque l'alvéole est contaminé, lorsque l'articulation alvéolo-dentaire est frappée d'inflammation aiguë suppurative, les conditions sont toutes différentes : il faut... n'agir qu'en connaissance parfaite des effets possibles, immédiats et tardifs, de l'intervention opératoire. »

M. Panas, ayant été témoin d'un accident mortel survenu à la suite de l'extraction d'une dent atteinte de périostite aiguë suppurative, attribua l'issue fatale à l'infection secondaire consécutive à l'avulsion et condamna le principe de l'extraction dans les cas de périodontite aiguë. L'histoire du cas observé par M. Panas n'étant pas suffisamment connue dans ses détails et la véritable cause de la mort restant douteuse, l'opinion du savant professeur de la Faculté ne peut être prise pour règle absolue. M. Mendel-Joseph, en raison de l'importance du sujet qui intéresse à un haut degré tous les praticiens, a eu l'idée de consulter à cet égard plusieurs professeurs de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris et il a obtenu des réponses très diverses, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans le cours de ce mémoire. Mais, disons tout de suite que la discussion qui a suivi la communication de M. Mendel-Joseph n'a guère jeté la lumière sur cette grave question.

Dans notre clientèle particulière, nous avons recueilli plusieurs observations qui nous permettront peut-être d'aider à mieux l'éclairer.

Observation I.

Nourrice X.., âgée de 23 ans environ, se présente dans mon cabinet, au mois de juillet, atteinte d'une forte fluxion du côté gauche : adéno-phlegmon.

A l'examen de la bouche qui se fait difficilement, la malade pouvant à peine l'ouvrir, on constate que la dent de sagesse inférieure gauche est fortement cariée, au quatrième degré ; la langue et les gencives sont couvertes d'un enduit blanchâtre, d'épithélium et de pus ; l'haleine a une odeur nauséabonde. La malade accuse de l'insomnie, de l'inappétence, de la fièvre, de la douleur pendant la mastication ; la déglutition est aussi très gênée, ce qui fait croire que la malade est atteinte d'une affection de la gorge. Elle fait appeler un médecin, qui, après un traitement sans résultat, lui conseille de venir me consulter.

Nous faisons un lavage antiseptique très énergique. A l'extérieur, on constate sur la moitié gauche de la figure une forte tuméfaction qui s'étend un peu derrière l'oreille gauche ; la peau, à ce niveau, est d'un rouge luisant, la tumeur est chaude et douloureuse, les ganglions lympathiques sous-maxillaires sont également enflammés. On décide l'extraction à l'aide du pied-de-biche et de la langue de carpe ; la dent, quoique offrant beaucoup de résistance, est enlevée complètement ; il sort quelques gouttes de pus. Nous continuons les lavages en recommandant à la malade de se faire injecter tous les quarts d'heure à l'aide d'un irrigateur une solution au chloral à 2 o/o. Elle revient le lendemain matin ; l'état général est très peu amélioré, la température est de 39° ; on constate encore la présence de beaucoup de pus dans la cavité buccale ; la tuméfaction n'a pas diminué ; comme la veille, elle est chaude, rouge et dure. On fait de nouveau un lavage antiseptique et on recommande à la malade de revenir le soir. Le soir même, les phénomènes généraux se sont aggravés ; température 40°. D'accord avec la famille, nous envoyons la malade à l'hôpital.

A l'hôpital, où elle a été opérée immédiatement, le phlegmon avait donné issue à une très grande quantité de pus. Je n'ai plus vu la malade.

La production si rapide d'accidents graves dans ce cas, peut s'expliquer par le fait même que cette nourrice venait d'arriver de son pays, une localité du Midi de la France, d'où elle était partie déjà souffrante ; les fatigues du voyage en chemin de fer, le changement de climat, la séparation

d'avec les siens, etc., etc., furent autant de circonstances aggravantes.

La nécessité où elle se trouva de donner immédiatement le sein en arrivant à Paris fut une nouvelle cause de fatigues, et sa constitution ne put y résister.

Aussi, cette périostite dentaire, au lieu de se terminer par un vulgaire abcès, a-t-elle amené la formation d'un phlegmon infectieux.

Qu'est-ce qui me détermina à pratiquer ici l'avulsion de la dent ? Le voici : dans plusieurs cas où j'avais constaté une fluctuation nette à l'intérieur de la bouche, avec tuméfaction à l'extérieur, l'avulsion de la dent avait été suivie d'une évacuation de pus et, après quelques lavages antiseptiques, tous les phénomènes inflammatoires avaient regressé. Ici, au contraire, l'avulsion de la dent n'a amené aucun soulagement pour la malade ; peut-être même a-t-elle contribué à l'exacerbation des phénomènes inflammatoires les premiers jours qui suivirent l'avulsion. L'infiltration de pus dans les couches profondes força à recourir à une opération chirurgicale et il semble, dans ce cas, qu'elle fut seule indiquée.

A mon avis, toutes les fois qu'il ne s'agit pas d'un phlegmon périmaxillaire, mais au contraire d'une tuméfaction simple avec inflammation et fluctuation localisées dans le voisinage de la dent, on peut surtout, si l'on a affaire à un sujet sain, pratiquer l'avulsion pour évacuer le pus. Mais, dès qu'on se trouve en présence d'une tuméfaction péri-maxillaire profonde, accompagnée de phénomènes généraux, fièvre, pouls assez fréquent, mal de tête, il est préférable de ne pas pratiquer l'avulsion de la dent, parce qu'elle est inutile et que de plus elle pourrait être dangereuse. Ce sont probablement des cas analogues à celui de l'observation I que le professeur Berger a dû surtout avoir en vue, lorsqu'il a été amené à formuler la proposition suivante : « Pour ma part, je me refuse à une avulsion dentaire quand il y a un état infectieux récent, et je préfère attendre que les accidents inflammatoires soient tombés pour agir. Dans

les cas de suppuration ancienne, c'est différent : il faut enlever ou traiter la dent, cause de la suppuration... »

Je suis donc entièrement d'accord avec l'éminent professeur sur la conduite à tenir dans les cas analogues à celui de l'observation I. Nous devons dès lors considérer comme trop radicale l'opinion du professeur Terrier disant : « Si j'avais une dent malade avec périostite suppurée, je me ferais enlever la dent, et cela le plus tôt possible. » M. le Prof. Terrier n'avait probablement en vue que la périostite ordinaire avec abcès ou non encore compliquée de symptômes d'infection. L'observation suivante est relative à un cas de ce genre.

Observation II.

Mlle X... 23 ans, vient me consulter pour une affection du fond de la bouche, du côté droit, avec douleur, difficulté d'avaler et d'ouvrir la bouche.

La joue est légèrement gonflée. A l'examen buccal, on voit tout de suite qu'il s'agit d'un accident de dent de sagesse, de date déjà ancienne relativement : un bourrelet de gencive couvrait encore la dent, et ce bourrelet, fortement gonflé, et, par suite, mâché par la dent placée au-dessus, était le siège d'un processus inflammatoire très intense.

Nettoyage autour de la dent, pointes de feu profondes, puis gargarismes antiseptiques ordonnés.

Le lendemain, la jeune fille revient me voir ; les douleurs ont été intolérables, à son dire, le gonflement a augmenté et comme mes espérances ne se sont pas réalisées, je me décide pour l'extraction, et rendez-vous est pris chez elle, pour le lendemain à 10 heures. La malade sera endormie au chloroforme, ce à quoi elle consent tout de suite.

Le 9 février. — La nuit avait été assez bonne, mais la douleur était grande et l'enflure avait encore augmenté beaucoup ; cependant il n'y avait pas de dureté, ni de peau luisante et pas de fièvre, ni même de chaleur locale.

La constriction avait atteint un degré tel qu'il n'était pas possible de voir la dent de sagesse, point de départ de l'accident.

La jeune personne est étendue sur des chaises garnies de coussins et le chloroforme la plonge dans le sommeil sans phase préalable d'excitation et sans difficulté aucune. Le sommeil narcotique obtenu, le relâchement musculaire permet d'introduire un ouvre-bouche en

bois entre les arcades dentaires et, à l'aide de la langue de carpe, la dent est soulevée et saisie par le davier.

L'anesthésie et l'opération avaient duré environ 10' et la malade se réveilla aussitôt n'ayant absorbé que peu de chloroforme.

Lavages antiseptiques.

A mes visites ultérieures, le 10, le 11 et le 12, je constate que tout rentre graduellement dans l'état normal, quoique l'enflure ne diminue que lentement.

Enlèvement des languettes mortifiées du bourrelet cautérisé par le galvano-cautère.

Le 13, le mieux continue, mais l'enflure est entretenue certainement par la dent de sagesse supérieure du même côté, qui a une direction vicieuse et s'écarte de l'arcade dentaire, s'enfonçant dans la joue enflée. C'est, selon moi, la raison pour laquelle l'enflure n'était pas complètement tombée le quatrième jour après l'opération.

Le 15, l'enflure persiste, légère douleur à la joue. Je me décide à enlever la dent de sagesse supérieure, ce qui est fait tout de suite, puis tout rentre dans l'état normal.

Comme on le voit, il s'agissait ici d'une simple périostite avec fluxion, et ce sont sans doute aussi des cas de ce genre que visait le professeur Tillaux en se prononçant pour l'extraction rapide, quoique avec une réticence prouvant qu'il envisageait d'autres cas possibles. Voici d'ailleurs ses paroles : « Je ne crois pas qu'il soit sage de formuler une règle générale de conduite dans le cas que vous me signalez. Je penche, toutefois, vers l'extraction aussi rapide qu'il est possible. »

M. le Prof. Le Dentu, celui de tous les professeurs consultés par M. Mendel-Joseph, qui lui a fourni la réponse la plus détaillée, ne pense pas qu'il soit toujours avantageux de pratiquer l'avulsion de la dent, *lorsque l'abcès est formé* et qu'on se trouve en présence de la nécessité d'ouvrir, de désinfecter et de drainer le foyer, le mal étant alors limité. Il arrive en effet, parfois, que l'avulsion ne produit pas, en pareil cas, les bons résultats qu'on en attendait, comme le prouve l'observation suivante :

Observation III.

Le 18 avril, M. X..., âgé de 62 ans, se présente dans notre cabi-

net et nous raconte qu'un jour il ressentit des douleurs au fond de la bouche, et sans s'en inquiéter autrement, les attribua à un courant d'air. Au bout de huit jours, ces douleurs devinrent très vives et en même temps une enflure se produisit. La mastication et la déglutition n'étaient pas gênées ; seulement le patient ouvrait difficilement la bouche. Il consulta un médecin qui lui recommanda d'aller voir un dentiste, en lui disant que le mal provenait d'une dent de sagesse.

Etat actuel. — Tuméfaction de la région du maxillaire inférieur et du cou, du côté droit. La peau est tendue et rouge sur un espace ne dépassant pas les dimensions d'une noix. L'examen de la bouche ne révèle pas de grands désordres ; une racine d'une dent de sagesse est certainement la cause des accidents. Cette racine n'est point douloureuse ; nous en décidons néanmoins l'extraction, espérant ainsi enrayer les progrès du mal.

Lavages antiseptiques préalables. La racine est enlevée. Injections antiseptiques.

Le lendemain, 19 avril, pas d'amélioration du côté jugal contrairement à ce que nous avions espéré. La collection purulente semble se concentrer et une fluctuation est perceptible sous la peau à l'endroit où elle est rouge et tendue.

Le 20 avril une incision est faite à l'extérieur par le chirurgien, il en sort beaucoup de pus. Le 21 avril le patient vient nous voir ; nous enlevons le pansement et la pression fait sortir encore du pus. On procède à des lavages avec une solution de chloral à 2 o/o et l'on introduit dans la plaie une mèche iodoformée. On continue les lavages et les pansements tous les jours.

La plaie se modifie et a bel aspect.

Le 3 mai la plaie est complètement fermée.

Ainsi, dans ce cas, l'avulsion de la racine qui avait été la cause des accidents ne suffit pas à les faire disparaître, et il fallut recourir à une intervention chirurgicale, pratiquer une incision extérieure pour déterminer l'écoulement du pus. Il est évident que l'opération chirurgicale s'imposait ici de toute manière et qu'on aurait pu attendre pour faire l'avulsion de la dent. Mais celle-ci à son tour se serait imposée, ensuite, pour éviter le retour des accidents de périodontite ou même la formation d'une fistule.

On peut rapprocher de l'observation précédente le cas suivant où, malgré la luxation de la dent, son extraction était devenue impossible, les désordres étaient également allés assez loin pour rendre l'intervention chirurgicale in-

dispensable. Il s'agit ici d'un cas de périostite chronique avec adénite.

Observation IV.

M. X..., âgé de 38 ans environ, fort et vigoureux, se présente dans mon cabinet pour une forte fluxion du côté droit.

Le patient nous raconte qu'au début de la maladie il a senti un jour une douleur au fond de la bouche, du côté droit, douleur qui allait en augmentant de jour en jour ; la déglutition est rendue pénible ; en même temps on voit apparaître à la région sous-maxillaire droite une tuméfaction qui grossit petit à petit.

L'examen de la bouche se fait difficilement. On constate que la gencive au niveau de la dent de sagesse inférieure droite est tuméfiée, rouge tendue et douloureuse à la moindre pression ; la bouche est pleine de mucosités et de débris de desquamation épithéliale ; l'haleine est d'une fétidité insupportable, au point de gêner le malade lui-même, il souffre d'insomnie, d'inappétence ; il ne peut se nourrir qu'avec des aliments liquides.

A l'extérieur, sous la branche droite du maxillaire, existe une grosseur du volume d'un poing, tendue, résistante, mais sans rougeur, ni chaleur ; toute cette partie est le siège d'élancements douloureux ; mais il n'y a pas de fluctuation.

On décide l'extraction de la dent de sagesse : après plusieurs tentatives, la dent opposant une très grande résistance, l'extraction devient impossible, surtout qu'à cette résistance s'ajoute, d'une part, la fracture de la couronne, de l'autre la fatigue du malade. Nous obtenons pourtant la luxation et le soulèvement des racines. On procède à un lavage énergique avec une solution de chloral à 2 o/o. On décide enfin de pratiquer une incision à l'extérieur.

Nous adressons le malade à la clinique générale de chirurgie, d'où il sort opéré et guéri.

On voit en somme que le praticien peut être embarrassé, dans certains cas, pour juger de la conduite à tenir. Celle-ci diffère selon qu'il s'agit d'une périostite au début, d'une périostite ordinaire avec abcès, d'une périostite grave, etc. Si la périostite ne fait que débuter, il y a lieu, dit le professeur Le Dentu, de faire l'avulsion hâtive de la dent, du moment qu'il n'y a pas intérêt à la conserver ; on peut ainsi, dans bien des cas, conjurer des accidents graves, phlegmon, adéno-phlegmon, infection, etc.

L'opinion du Dr Sauvez (*De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion,* rapport lu au quatrième Congrès dentaire national, à Lyon, 1898) n'est pas tout à fait la même à ce point de vue. Dans la périostite au début avec gonflement, que ce savant odontologiste désigne sous le nom de phase de *la fluxion œdémateuse simple*, il est d'avis de tenter la résolution de la fluxion, donc d'essayer de conserver la dent. Il ne s'oppose pas cependant d'une manière absolue à l'extraction, surtout si la dent est irrévocablement condamnée, mais il croit qu'elle n'est pas indiquée, en général, par l'intensité des phénomènes généraux ou locaux. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'on court quelques risques en temporisant trop.

Lorsque la périostite n'est pas très grave et est accompagnée d'un abcès déjà formé, l'avulsion fait généralement tout rentrer dans l'ordre ; quelques restrictions s'imposent, comme nous l'avons vu.

Enfin, s'il est question d'une périostite grave, il n'en est plus de même. Il y a intérêt ici à ne pas confondre les différentes formes de périostite ou de périodontite. On peut avoir affaire à une périostite étendue avec gonflement considérable non phlegmoneux et constriction de la mâchoire. Dans ce cas, « y a-t-il avantage, dit M. Le Dentu, à faire l'avulsion de la dent avant que la collection périostique soit formée ? Je le crois, si l'on arrive à temps. Peut-être pourrait-on quelquefois arrêter la marche de la périostite et empêcher la suppuration en dehors de l'alvéole ». Avec les moyens antiseptiques actuels, l'anesthésie aidant, on peut tenter cette intervention. Donc, dans la périostite étendue, M. Le Dentu est d'avis de faire l'avulsion dans tous les cas où l'on suppose qu'elle pourrait enrayer la marche de la complication inflammatoire. Dès qu'il y a phlegmon ou infection, il n'en est plus ainsi. Ici encore nous ne sommes pas entièrement d'accord avec le Dr Sauvez. Cet auteur décrit une deuxième phase sous le nom de *fluxion phlegmoneuse*, qui n'est qu'un acheminement vers la troisième phase, celle de l'abcès formé. Il est évident qu'un proces-

sus qui a suivi cette marche, souvent même accompagné de phénomènes infectieux, susceptibles déjà de se présenter à la deuxième phase indiquée, que ce processus, disons-nous, est toujours d'une certaine gravité et qu'il ne s'agit plus là de la périostite ordinaire avec abcès à laquelle nous avons fait allusion plus haut. Dans la fluxion phlegmoneuse avec collection purulente déjà proéminente, le plus souvent dans le vestibule de la bouche, le Dr Sauvez est partisan décidé de l'extraction. Pour nous, dès que la collection est formée, l'avulsion de la dent devient d'une utilité douteuse. De toutes manières, le Dr Sauvez rejette l'incision précoce et conseille de guider l'évolution de l'abcès.

L'abcès une fois formé et saillant dans la bouche ou à la peau, le savant rapporteur du Congrès de Lyon pense que l'extraction de la dent s'impose pour l'abcès marchant vers la peau, mais peut être discutée dans les autres cas, bien qu'elle puisse encore avoir une influence heureuse. Mais avant de faire l'extraction, il conseille d'inciser l'abcès, s'il doit s'ouvrir dans la bouche et d'attendre que les phénomènes aigus aient disparu. Cette conduite est sage, en effet, dans bien des cas.

Donc, lorsqu'une périostite se présente avec gonflement dur, très étendu, la peau luisante, chaude, tendue, les ganglions engorgés, il faut, selon nous, agir avec une grande prudence.

On a vu en effet (Obs. I) que dans les cas de périostite avec adéno-phlegmon et infection, l'avulsion de la dent peut avoir des conséquences fâcheuses, augmenter les désordres locaux et même déterminer une infection générale ; en pareil cas, le mieux est évidemment d'avoirs recours de bonne heure à l'intervention chirurgicale.

Le danger est plus grand lorsque l'affection atteint la mâchoire inférieure, le pus ayant une tendance à s'infiltrer et à descendre par la loi de la pesanteur. A notre avis, les désordres siégeant à la mâchoire supérieure présentent une gravité bien moindre.

Une remarque générale nous reste à faire, c'est que l'in-

tervention du dentiste ou du chirurgien ne doit pas être trop différée dans les cas de périostite ou de périodontite, car, abstraction faite de l'inspection, des lésions graves, locales, plus ou moins éloignées peuvent en résulter, comme par exemple la nécrose du maxillaire et parfois des fistules cutanées. (Voir Heïdé, *complications d'origine dentaire*. Paris, 1894, in-8.)

Enfin dans toutes nos observations c'est la dent de sagesse qui fut le point de départ des accidents. On sait qu'au point de vue de la pathogénie de ces accidents deux théories ont été proposées, la théorie mécanique et la théorie septique, que le Dr L. Dumont (Thèse de Paris, 1894) s'est efforcé de concilier ; de nouvelles données sont venues remettre tout en question. Citons à cet égard un article des plus intéressants du Dr Etchepareborda (*Inclusion d'une dent de sagesse dans la partie supérieure du maxillaire inférieur, L'Odontologie*, 1901). Il décrit l'histoire d'un cas où il fut extrêmement difficile de découvrir le siège de la dent de sagesse, qui avait été le point de départ de l'ostéo-périostite à répétition qu'offrait le sujet. Cette variété de périodontite est en effet caractéristique de manifestations morbides produites par l'évolution de la troisième molaire.

Dans le cas du Dr E..., il fallut une série d'interventions chirurgicales pour découvrir la dent cause de tout le mal. En général, chaque fois qu'une affection de la région postérieure du maxillaire coïncide avec l'absence de la dent de sagesse, on doit penser que cette dent peut être incluse et qu'elle est probablement la cause des accidents (Tomes).

Que résulte-t-il en somme du cas du Dr E...? C'est que nous voyons tout d'abord « une dent enfermée dans le maxillaire et *enveloppée de toutes parts par du tissu osseux* provoquer des accidents très sérieux de nature inflammatoire », ce qui contredit la théorie dite septique, qui admettait que, pour produire des troubles de cette nature, la dent de sagesse devait se trouver en contact avec le milieu buccal par une lésion, si minime qu'elle fût, de la muqueuse.

Que voyez-vous en effet? D'une part une dent qui *veut* sortir, et qui dans certains cas se développe plus vite que ne se fait la transformation du tissu osseux qui doit la laisser sortir. Il y aurait compression réciproque du tissu de la dent et du tissu osseux qui l'entoure, d'où réaction inflammatoire. Ce phénomène de compression de la dent de sagesse lui est plus ou moins particulier (les phénomènes analogues survenant à propos de l'éruption de la première et de la seconde molaire étant très rares). La dent de sagesse, incluse dans un tissu osseux relativement résistant, puisqu'elle n'apparaît qu'à l'âge adulte et située assez profondément, peut, lorsqu'elle active ses phénomènes de sortie donner lieu à deux alternatives bien tranchées: ou bien, par suite d'une activité moindre du tissu osseux environnant la dent, il peut y avoir atrophie par compression, ou bien la suractivité particulière de la dent et l'incapacité du tissu osseux de se résorber suffisamment, en tout cas aussi vite qu'il le faudrait pour livrer passage à la dent et supporter la compression, déterminent une poussée ou une série de poussées inflammatoires qui peuvent donner lieu à une ostéo-périostite grave. Voilà, à notre avis, les processus qui peuvent se rencontrer dans les accidents inflammatoires provoqués par la dent de sagesse. Nos vues sont, par conséquent, différentes, comme on le voit, des conclusions quasi-classiques formulées autrefois et d'après lesquelles les accidents dus à la dent de sagesse ne se produiraient jamais tant que la muqueuse n'est pas entamée et légèrement enflammée. Que les accidents ne se produisent le plus fréquemment qu'après la perforation, c'est évident, mais ce n'est pas toujours le cas. Qu'on nous pardonne cette digression, qui nous a semblé offrir quelque utilité.

Tableau des indications opératoires.

Périodontite au début....	Avulsion hâtive.
— — peu grave avec abcès formé................	Avulsion hâtive avec quelques restrictions.

— — avec gonflement non suspect et constriction des mâchoires	Avulsion utile pour enrayer l'inflammation.
— — avec état infectieux récent...............	Intervention chirurgicale. Avulsion tardive ou conservation de la dent.
— — avec adéno-phlegmon et infection......	*Id.*

Comme conclusion générale, qu'il nous soit permis de dire qu'il ne saurait exister de règle générale pour l'avulsion hâtive ou tardive de la dent, cause de phénomènes inflammatoires, que l'avulsion hâtive convient chaque fois qu'elle peut empêcher une aggravation de la périodontite, qu'elle peut être dangereuse quand le gonflement, sans présenter l'aspect franchement phlegmoneux, est suspect et surtout quand l'adéno-phlegmon est déjà formé, et qu'en pareil cas, si elle n'entraîne pas nécessairement des conséquences fâcheuses, elle ne préserve pas de l'intervention chirurgicale, à laquelle il est toujours préférable d'avoir recours de bonne heure.

M. Delair remercie bien vivement les auteurs des six communications précédentes et se félicite de l'intérêt qu'elles présentent à des titres si divers.

Il constate les heureux résultats de cette très importante session de la section d'Odontologie, il remercie les membres de cette section de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président pour la prochaine session, et termine en leur donnant rendez-vous pour l'année prochaine à Angers, tout en espérant en retrouver un certain nombre à Madrid.

La Session de la 20e section est close.

Pour le secrétaire général absent,
ED. PAPOT.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Colin Logan fils (*Fourn. gén.*), 113, rue Réaumur, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
{ 22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
{ 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.**
45, r. de la République, Lyon. }
Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

TRAVAUX

du 3me Congrès Dentaire International (1900)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANOMALIES DU PALAIS

Par le Dr Truman William Brophy, de Chicago[1].

(Communication au 3e Congrès dentaire international de 1900.)

L'honneur d'avoir le premier proposé le traitement chirurgical pour la clôture de la fissure palatine, revient aux chirurgiens-dentistes. Ce fut un dentiste qui, en 1764, suggéra ce procédé connu sous le nom de staphylorraphie.

Le nom d'un dentiste français, Lemonnier, est à jamais lié à la staphylorraphie. Ce fut lui qui, le premier, osa exprimer la pensée que cette difformité, à la fois si redoutable et si apparente, pouvait être guérie par une heureuse opération chirurgicale.

L'idée de Lemonnier ne fut guère mise en pratique que cinquante-cinq ans plus tard, quand Roux, de Paris, en 1819, créa une méthode et traça une ligne de conduite à suivre dans ces opérations.

A l'art dentaire appartient donc l'honneur d'avoir suggéré cette opération et à la France en particulier, grâce aux efforts de Roux, celui de l'avoir pratiquée avec des résultants satisfaisants.

Aux Etats-Unis ce fut Warren, de Boston qui, en 1820, sans avoir eu connaissance des travaux de Roux, fit connaître au monde médical une opération à peu près semblable ; cette opération fut accueillie favorablement et adoptée par beaucoup de chirurgiens des plus renommés du monde entier. Pendant vingt-cinq ans cette méthode d'opérer

1. Traduction remise par l'auteur.

fut suivie en Europe par des maîtres tels que de Graefe, Sédillot, Dieffenbach, Liston et Pollock ; en Amérique par Warren jeune, Wells, Mattauer, Stevens, Gibson, Hossack, Mutter et Pancoast.

Sir William Fergusson de Londres, imagina une nouvelle opération en 1844. Il remarqua que les sutures ne tenaient pas en place s'il y avait trop de tension et par conséquent que l'union des tissus des côtés opposés était compromise.

Pour remédier à cela, Fergusson eut recours à la myotomie, en divisant l'élévateur palatin, le palato-glosse et le palato-pharyngien. On constata que l'opération de Fergusson n'était pas si fréquemment suivie de rupture des sutures et par conséquent elle devint populaire.

Seize ans plus tard, en 1860 le Dr. Agnew, de Philadelphie, fit remarquer que l'action des tenseurs palatins séparait les surfaces nouvellement réunies du palais mou, en empêchant les sutures de tenir en place et entraînant ainsi l'échec de l'opération.

Pour remédier à cette tension le Dr. Agnew sectionna ces muscles aux points de réflexion, à l'endroit où ils passent sur le crochet du sphénoïde, ce qui relâcha ainsi la tension sur le palais mou et empêcha l'échappement si fréquent des sutures.

Tandis que les efforts des chirurgiens mentionnés plus haut ont permis d'éviter bien des insuccès résultant de la rupture des sutures et de la séparation des segments, les méthodes dont il est question ici, qui ne sont plus théoriques, mais sont, au contraire, basées sur une expérience clinique embrassant une période de vingt-cinq années, rendent la myotomie presque toujours inutile.

La formation de cicatrices suivant les incisions rend le palais mou épais et inflexible de sorte qu'il ne fonctionne qu'imparfaitement.

Peu importe dans quelle mesure l'opérateur sectionne le palais osseux pour fermer la fissure, puisque sa fonction n'est pas de se rétracter ou de vibrer, mais d'être une voûte im-

mobile, de servir comme facteur dans l'articulation ; par conséquent, les tissus cicatriciels n'influencent point son fonctionnement.

Il ne faut pas rendre le voile du palais raide, épais et lourd, en créant des cicatrices en grande quantité. De plus, les muscles tenseurs palatins ayant été sectionnés complètement au crochet du sphénoïde ne se réunissent jamais, vu que les segments des muscles se rétractent immédiatement et que leur séparation est si forte qu'une union subséquente ne peut se réaliser.

Le tenseur du voile du palais prend son origine à la fossette scaphoïde de l'os sphénoïde et à la partie cartilagineuse de la trompe d'Eustache. Il se dirige vers le bas, puis se réfléchit sur le crochet de l'aile interne des ptérygoïdes apophyses pour s'avancer et être inséré dans la surface antérieure du voile du palais.

Son action est de tendre le voile du palais et de dilater la trompe d'Eustache.

Tous les opérateurs de quelque expérience ont dû remarquer que, si la tension du palais est soulagée en sectionnant le tenseur palatin, le sens de l'ouïe est, dans bien des cas, rendu imparfait. Cela est dû à la destruction de la continuité des tenseurs palatins et conséquemment à ce que l'ouverture pharyngée de la trompe d'Eustache ne se dilate pas normalement.

Dans l'ouvrage de feu le professeur Garretson, nous trouvons l'exposé suivant qui est en accord avec les opinions de la plupart des auteurs qui traitent ce sujet : « Si l'on consulte l'histoire de la staphylorraphie, on est surpris de rencontrer les mêmes objections, dont les trois suivantes sont les plus importantes : *1)* la difficulté de bien attacher les sutures ; *2)* leur grande tendance à se rompre trop souvent ; *3)* la difficulté d'accès quand elles sont bien faites dans les parties à opérer, due en partie au manque d'éclairage et à l'accumulation de la salive muqueuse et visqueuse qui, dans des bouches ainsi atteintes, est sécrétée en grande abondance ».

Plus loin il dit : « Vu la manière générale d'opérer,

l'opération est quelque peu difficile et elle échoue si fréquemment qu'il n'est pas étonnant que le chirurgien soit disposé à en éviter la responsabilité. »

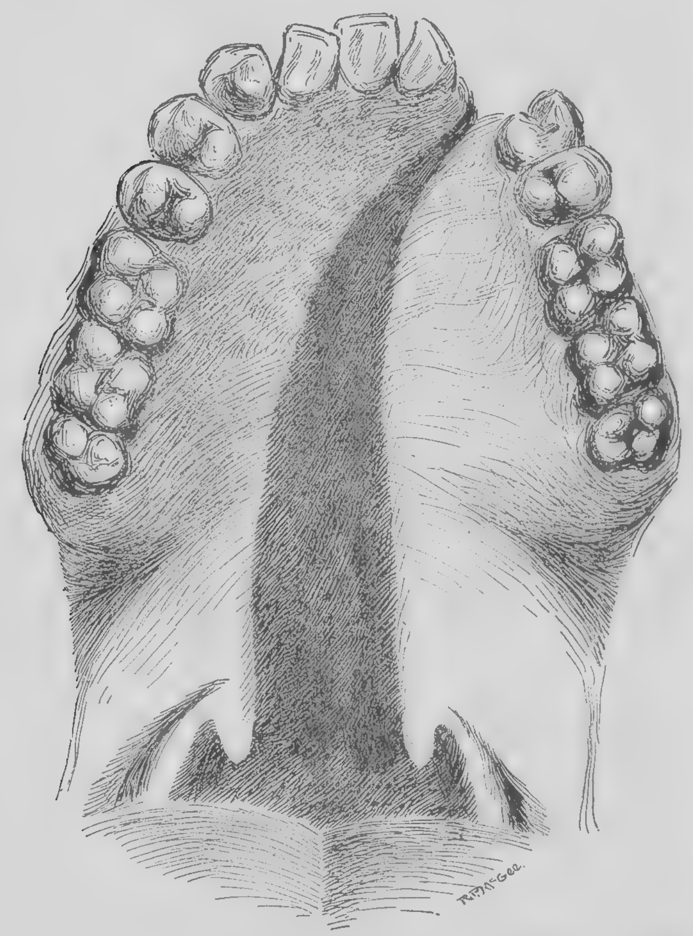


Fig. 1. Surface palatine d'une bouche adulte présentant des fissures congéntiales du palais osseux et du palais mou.

Les difficultés qu'on éprouve à fermer la fissure du voile du palais peuvent être surmontées en partie en se servant du procédé que je décris ici et qui convient au traitement des patients dont les os sont bien ossifiés et dont les dents déci-

dues ont fait éruption. Je vais exposer la méthode d'opération pour les enfants au-dessous de six mois. La tendresse des tissus et la tendance des sutures à se rompre ont fait penser qu'une modification des sutures à plumes d'oie, en

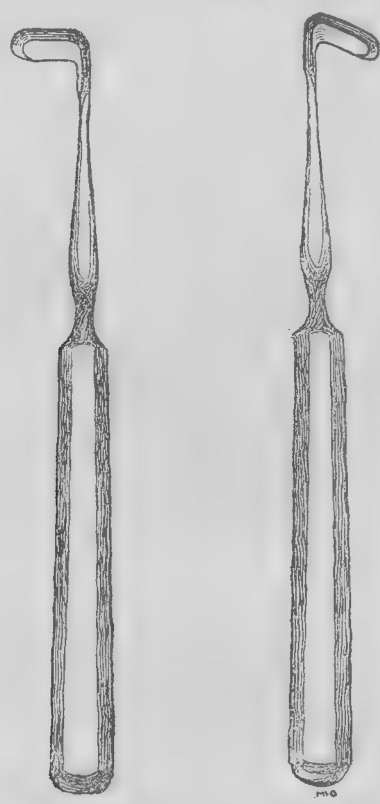


Fig. 2. — Périostéotome courbe employé pour l'élévation des tissus mous du palais dur. Il existe une série de ces instruments variant de l'angle droit à l'angle aigu comme dans le dessin.

usage depuis longtemps, nous aiderait considérablement à empêcher ces sutures de se rompre après avoir pratiqué la staphylorraphie.

Comme le plomb est bien toléré par les tissus, je l'ai employé dans ce but.

La Fig. 1. représente une fissure congénitale du voile du

palais, passant à travers les parois palatines des os maxillaires. La première chose à faire, en fermant cette fissure, est de servir des périostéotomes courbes (fig. 2). J'ai imaginé ces instruments de grandeurs différentes et d'angles différents pour les divers cas particuliers. On sectionne la membrane muqueuse au bord de la fissure et l'on soulève

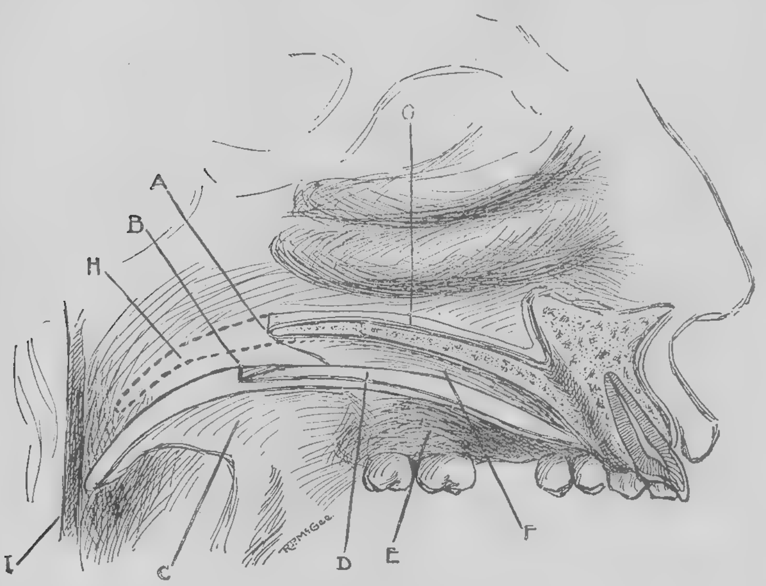


Fig. 3. — Os maxillaire supérieur gauche avec les parties connexes montrant la chirurgie du palais.

A. Bord postérieur de la plaque de l'os palatin gauche.
B. Voile séparé du périoste muqueux de la surface de l'os palatin.
C. Voile séparé du palais osseux et palais allongé de façon à rétablir les fonctions palatines.
D. Périoste dénudé du palais osseux.
E. Membrane muqueuse palatine.
F. Os dénudés de la membrane.
G. Périoste muqueux nasal.
H. Position occupée par le palais avant l'opération.
I. Paroi postérieure du pharynx.

toutes les parties molles du palais osseux, y compris le périoste (fig. 3).

Ayant ainsi dégarni le palais osseux du périoste, on excise les bords de la fissure, dans toute la totalité du voile

du palais, ainsi que les parties molles enlevées du palais osseux, en divisant également les membranes à la surface distale des parois horizontales des os palatins. Ces membranes couvrent ainsi la surface nasale des os palatins et descendent pour former la surface distale supérieure du voile du palais (fig. 3 A). Cela fait, il est aisé de rapprocher les parties molles, il n'est pas nécessaire de faire des incisions latérales dans le palais ou au travers de celui-ci; de plus le danger qu'une union parfaite des bords du palais dur ne s'obtienne pas est bien diminué et les trous qu'on rencontre souvent après ces opérations à l'endroit indiqué sont presque invariablement évités.

Bien souvent le bord du voile du palais se fend, notamment dans des cas où ce tissu est bien épais, mais j'ai constaté que ceci est utile à tous égards, parce que la membrane muqueuse se divise et nous donne suffisamment de surface avivée provenant du tissu musculaire pour assurer une bonne union, et de cette manière il n'est pas nécessaire d'enlever du tissu dans cette partie du palais, ce qui est bien souvent un avantage.

La hauteur de l'arcade dentaire sera naturellement plus ou moins diminuée par cette opération. L'espace entre l'os et les tissus muco-périostaux dans leur nouvelle situation se remplira de granulations (fig. 4) et l'exsudat du périoste produira des parties osseuses nouvelles, de sorte que nous aurons un palais osseux tout à fait nouveau, grâce à cette opération.

Les bords de la fissure ayant été bien avivés, on se sert d'une aiguille Deschamps, d'une forme particulière (voir la fig. 5), courbée comme l'aiguille du gynécologiste, pour sutures en soie. Ces sutures en fils de soie, dont quatre passent à travers les tissus, sont remplacées par des sutures en fils d'argent assez fort (n° 22) ; enfin on place les plaques en plomb (n° 22 de la filière américaine), perforées de trous qui correspondent au nombre des sutures faites. Ces plaques, dont la forme est celle du palais, vont du bord antérieur de la fissure au bord distal du voile du palais et sont courbées pour répondre exactement à la forme de celui-ci.

Les sutures en fils d'argent sont passées alors à travers les trous et tordues ensemble (fig. 6).

Avant de fixer en place les plaques de plomb, il faut recourir, si on le juge à propos, à des sutures de coaptation, mais sans les serrer jusqu'à ce qu'une tension soit exercée

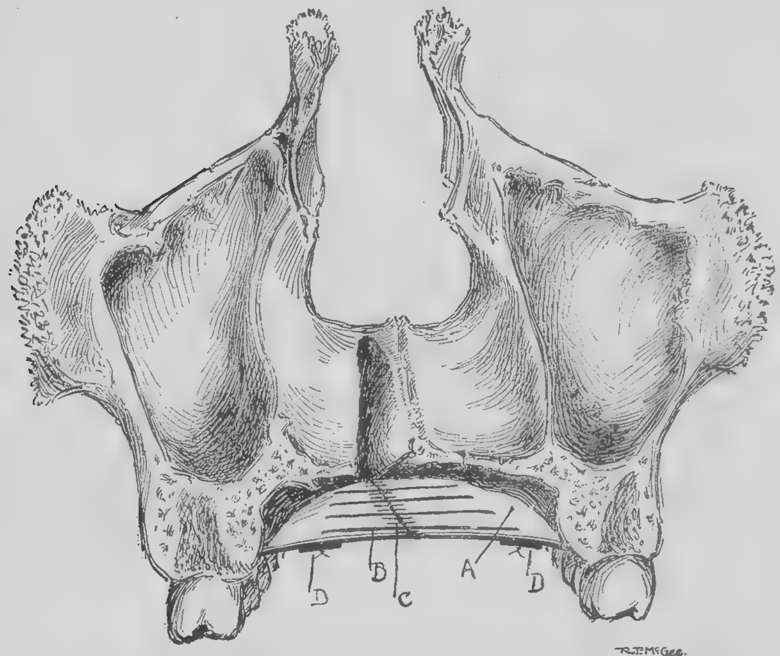


Fig. 4. — Section verticale des os maxillaires d'un adulte vus en avant de la surface distale de la 1re molaire.

A. Périoste muqueux séparé de la surface palatine du maxillaire supérieur.
B. Sutures de tension en argent.
C. Sutures de coaptation.
D. Plaques de plomb.

par les fils d'argent, alors les plaques de plomb sont sur les parties séparées du palais et les bords sont rapprochés. Ayant rapproché les bords palatins (fig. 7), on pourra serrer les sutures de coaptation en soie pour tenir les bords en place et obtenir une union immédiate.

Les avantages de cette méthode sont les suivantes :

1° La rupture des sutures est évitée, puisque les plaques en

plomb, qui touchent le voile, exercent une pression sur celui-ci ; conséquemment la tension n'est pas exercée par les sutures seules, qui exercent une pression sur une portion si limitée du palais, mais elle s'étend sur toute la surface du palais couverte par les plaques de plomb ;

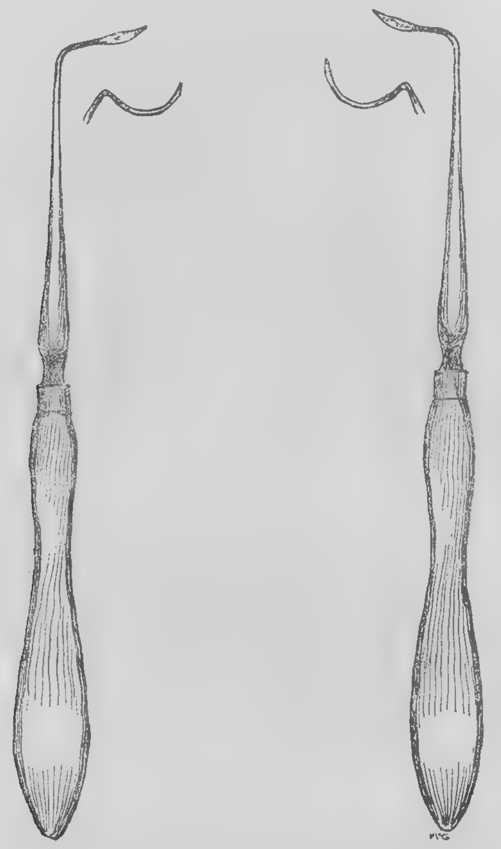


Fig. 5. — Aiguilles de Deschamps servant à l'introduction des sutures de tension dans la fig. 4.

2° Les plaques de plomb remplissent le rôle d'attelle en rendant le palais inflexible dans un large degré. Les mouvements, qui sont à peu près constants, sont suspendus ; l'action

des muscles est supprimée jusqu'à ce que l'union des fissures ait eu lieu.

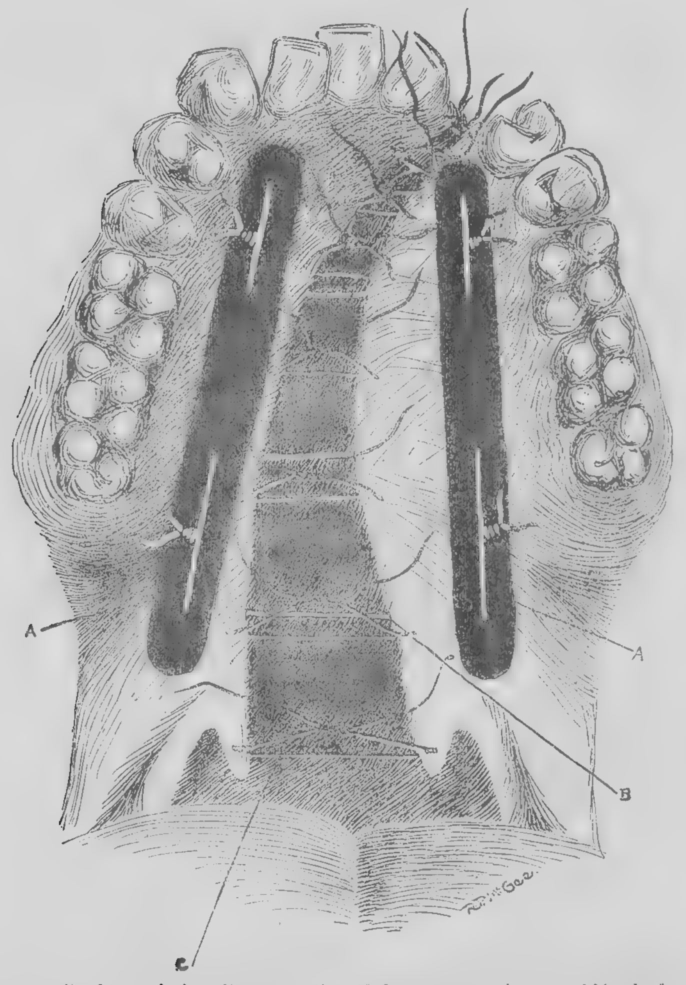


Fig. 6. — Surface palatine d'une bouche adulte montrant les procédés de fermeture des fissures congénitales de la voûte palatine.
A. A. Plaques de plomb.
B. Sutures de tension en argent.
C. Sutures de coaptation avant le serrage.

En se servant de ce procédé pour combler la fissure du

voile, j'ai la conviction que de meilleurs résultats ne pourront être obtenus que par l'usage des sutures seules.

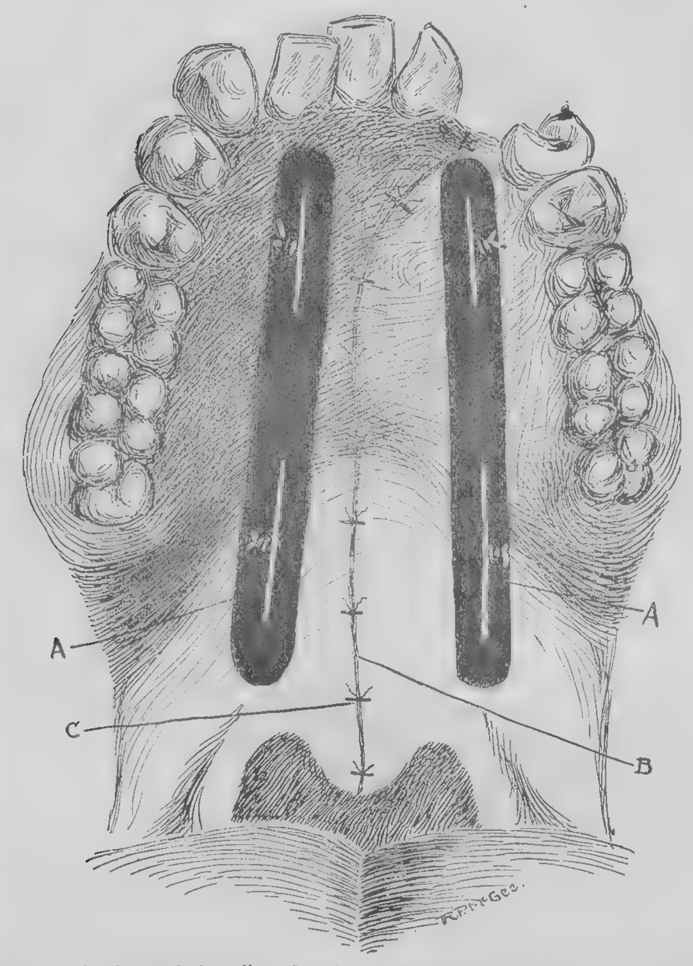


Fig. 7. — Surface palatine d'une bouche adulte après le serrage des sutures de tension. Ce rapprochement du périoste muqueux et le serrage des sutures de coaptation.
A. A. Plaques de plomb.
B. Palais fermé.
C. Sutures de coaptation.

Ce procédé ne doit pas remplacer l'opération de la divi-

sion des os au procès malaire et du rapprochement de la majeure partie des os maxillaires, mais il est justifié dans le



Fig. 8. Dessin d'après nature représentant des fissures congénitales du voile et l'absence totale de la luette (A).

traitement de sujets dont les os sont bien ossifiés et dont les dent décidues ont toutes fait éruption. C'est dans ces cas que je recommande cette opération.

Allongement du palais par des méthodes chirurgicales.

Dans les cas où le palais n'est pas suffisamment long pour

fonctionner après une opération, ce défaut peut être corrigé en se servant des muscles palato-pharyngiens. Le développement de ces muscles dépasse généralement la normale ; ils ressemblent à de larges rubans plats de tissu musculaire (fig. 8) s'étendant du palais vers le bas et en dehors et sont insérés dans la partie postérieure du cartillage thyroïde. En employant les deux tiers de chaque muscle et en les amenant vers la ligne médiane, jusqu'à ce qu'ils se touchent, le palais peut être allongé presque à la longueur voulue (fig. 9).

Ayant fait une étude spéciale de palais normaux, je suis arrivé à la conclusion, il y a quelque temps, que beaucoup d'entre eux n'ont pas la longueur requise pour fermer l'ouverture pharyngienne pendant l'articulation ; et néanmoins dans ces cas, la voix est distincte ; par conséquent, la brièveté du palais ne peut pas à elle seule causer le nasonnement ou une phonation vicieuse.

Dans un article sur les fissures congénitales du palais par le Profes. Kirmisson, traduit du français en allemand par le Dr Karl Deutschlaender assistant à la Clinique Royale de chirurgie de Greifswald, et constituant un chapitre de son ouvrage sur les difformités congénitales, nous trouvons une description des différentes méthodes d'opération, avec tous les détails de la technique de la chirurgie du palais exposés d'une manière tout à fait complète et minutieuse.

Parlant du rôle que la longueur du palais joue dans la phonation, Kirmisson dit : « Passavant attribue une prononciation vicieuse après la staphylorraphie à un raccourcissement du voile du palais, qui ne peut pas arriver à la paroi post-pharyngienne. J. Carl a prouvé que ceci n'est pas exact, et il se base sur des observations dans lesquelles, il y eut union complète entre le voile du palais et la paroi pharyngienne. Le nasonnement de la voix ne lui échappa pas dans ces cas, et l'on en attribue la cause au défaut d'innervation convenable et au développement vicieux des muscles.

» Trélat mentionne particulièrement la brièveté de la voûte et le développement insuffisant des os maxillaires supérieurs. Le nasonnement de la voix est observé, dit-il, malgré l'opéra-

tion plastique, dans tous les cas où la voûte et le voile du palais sont raccourcis et la prothèse ne peut corriger cette difficulté. Outre les causes dues aux malformations, nous en avons encore une autre beaucoup plus universelle, c'est le manque de pratique. »

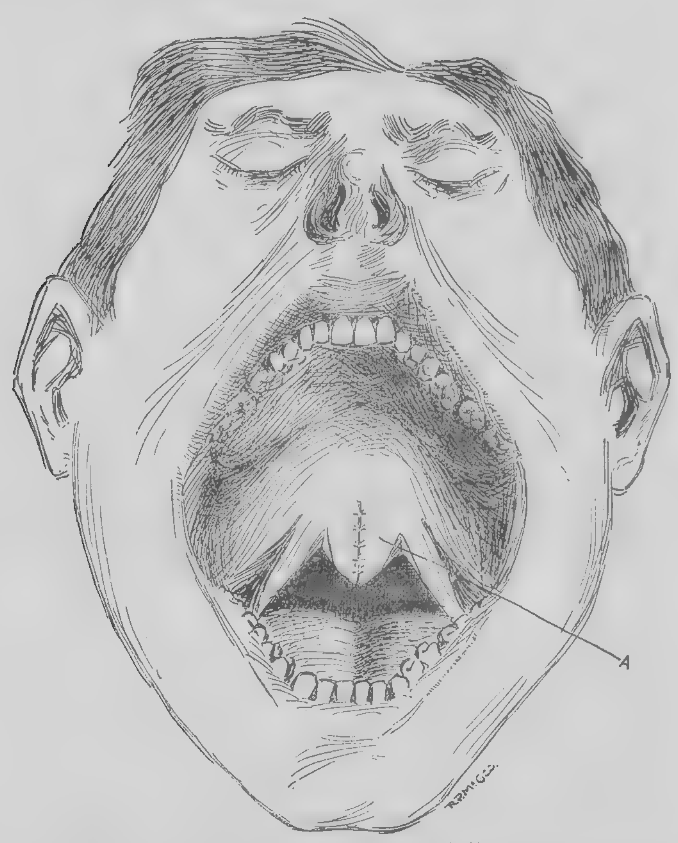


Fig. 9. — Dessin d'après nature du même cas après l'allongement du voile et la confection d'une luette en unissant au centre une moitié des muscles palato-pharyngiens développés au-dessus.

Il dit encore : « L'opérateur devrait toujours connaître l'âge le plus convenable pour opérer. Sur ce point on n'est point d'accord. Avant l'usage du chloroforme, l'opération était naturellement remise à un âge plus avancé, à une époque où

l'enfant fût capable de suivre les instructions de l'opérateur. Pour Roux c'était à 16 ans ; pour Augenbach et Trélat, à 7 ans. En 1889, Ehrmann communiqua au Congrès français de chirurgie, ses résultats à la suite d'opérations précoces. Il avait opéré sur 10 enfants au-dessous de deux ans ; le résultat fut excellent dans 6 opérations, fatal pour deux et il eut 2 échecs. Vingt enfants entre 2 et 6 ans subirent l'opération. Le résultat fut bon dans 17 cas, 2 morts et une échec. Enfin 11 opérations entre les âges de 7 à 10 ans furent toutes satisfaisantes, à l'exception d'une seule qui ne réussit pas.

» Ces résultats contredisent les opérations faites pendant l'extrême enfance. En suivant chacun des cas où l'opération eut lieu dans un âge tendre, on trouve que la mort est bien souvent due à d'autres causes. Par conséquent je crois que la proposition suivante est vraie : les opérations qui ont lieu dans un âge très tendre paraissent affaiblir la constitution de l'enfant à un tel degré qu'il n'est pas capable de résister aux maladies graves de l'enfance.

» De plus, en examinant les moulages fait par Ehrmann, il semble que ces opérations empêchent le développement de la voûte, et la formation générale paraît être moins satisfaisante que dans les cas où l'opération eut lieu dans un âge plus avancé.

» J. Wolff de Berlin, recommande néanmoins l'opération dans l'âge le plus tendre et il n'hésite pas à opérer sur des enfants d'un à deux ans. Je n'ai pas eu l'occasion de voir des opérations faites par lui.

» Cependant, je dois avouer que, malgré sa brillante technique et l'emploi de son tampon, il me semble risqué et dangereux d'opérer [1] dans un âge si peu avancé. Le champ de l'opération est trop limité, les tissus sont minces, les sutures par conséquent ne tiennent pas si bien en place. En outre, nous avons le grave danger qui nous vient de l'hémorragie, et finalement il est à peu près impossible de suivre toutes les

1. Cet argument du professeur Kirmisson vient à l'appui de l'ajournement de l'opération sur la lèvre, de manière à nous permettre de profiter de l'espace supplémentaire que l'ouverture de la lèvre nous offre.

règles de l'antisepti. Conséquemment j'insiste fortement pour qu'on n'opère qu'entre l'age de 5 à 6 ans. »

Malgré l'opinion exprimée par le célèbre chirurgien français, je suis convaincu, après avoir fait 570 opérations pour combler la fissure palatine, dont 211 sur des enfants au-dessous de six mois, les autres sujets ayant de cinq mois à cinquante-deux ans, que la meilleure époque à choisir pour l'opération est pendant les trois premiers mois après la naissance.

Parmi les enfants au-dessous de six mois il n'y eut pas de cas fatal. Deux cas furent suivis de mort après l'opération chez des enfants âgés de 3 ans, et je suis sûr que dans un de ces cas la mort était due au manque de soins. Donc dans ce nombre de 570, il n'y eut que deux enfants qui moururent.

Le Prof. Kirmisson nous dit qu'Ehrmann réussit six fois, en opérant sur dix enfants au-dessous de 2 ans ; sur les quatre autres, deux moururent et il y eut deux insuccès. Mais il ne nous dit pas qu'il y ait eu des enfants opérés par les chirurgiens nommés plus haut dans les trois mois après leur naissance.

Après avoir énuméré le résultat des opérations exécutées par ces chirurgiens, Kirmisson termine en disant : « Ces résultats contredisent l'opération pendant les premières années de l'enfance ; d'ailleurs beaucoup de sujets meurent par d'autres causes ».

Opérations dans l'extrême enfance.

Je sais très bien que le procédé que j'applique n'est pas généralement suivi et qu'il a été attaqué par ceux qui ne la comprennent pas bien. Cependant il est bien flatteur pour moi de voir que beaucoup de nos chirurgiens les plus distingués qui auparavant doutaient de ma méthode, la recommandent maintenant très chaleureusement.

La question d'opérer sur les enfants dans l'âge tendre est sortie pour moi de la période expérimentale. Il me faut avouer que mes premières opérations furent entreprises avec

beaucoup d'hésitation. Je savais bien que je transgressais toutes les règles acceptées depuis longtemps des méthodes chirurgicales; mais il me semblait si simple que le malade dût être capable de se soumettre à une expérience nécessaire que j'essayai.

Nous savons que l'accouchement est souvent plus grave que ceci. Bien des fois il y a des déplacements et des remises en place des os du crâne pendant le travail, beaucoup plus compliqués que la remise en position des os séparés du maxillaire.

Tous les accoucheurs ont remarqué que les atteintes que l'enfant subit pendant l'accouchement n'ont presque pas ou ont très peu de conséquences fâcheuses.

Mon expérience dans des opérations pour combler la fissure palatine quand l'enfant a entre dix jours et trois mois a de plus en plus confirmé mon opinion et justifié la pratique. J'ai foi dans les opérations qui ont lieu aussitôt qu'il est possible généralement pendant les trois premiers mois de l'enfance. Mes raisons sont les suivantes, et ma manière de voir est tout à fait contraire à celle du Prof. Kirmisson.

1) Le choc chirurgical n'est pas si fort, parce que le système nerveux du jeune enfant n'est pas encore bien développé et par conséquent n'est pas capable de recevoir les mêmes impressions que dans un âge plus avancé, car les jeunes enfants réagissent beaucoup mieux d'ordinaire. En outre, toute appréhension mentale est éliminée, et nous savons que la peur et l'épouvante sont parmi les plus puissants facteurs pour produire un choc.

2) Avant que les os soient complètement calcifiés, on peut les courber ou les déplacer sans les briser tout à fait. L'os, après la naissance, est composé pour moitié de matière organique, donc le dommage qui peut lui arriver est moindre, en comblant la fissure palatine, qu'il ne le serait plus tard quand la calcification est plus complète.

3) Si les muscles sont mis en jeu de très bonne heure, ils se développent, au lieu de s'atrophier, donc on peut avoir un bon voile avec une quantité suffisante de tissu ; au con-

traire, si l'opération est faite plus tard, quand les parties, se sont raccourcies par l'inertie, il est bien rare qu'on puisse les forcer à remplir les mêmes fonctions que les organes qui se sont développées grâce à l'usage naturel. Tout le monde sait que le tissu musculaire est développé par l'exercice. Dans des cas de fissures du palais aucun des muscles du voile du palais ne peut être employé normalement, quand les parties ne sont pas unies ; conséquemment ils se trouvent dans une condition anormale pour toute la vie, même si l'on insère un remplaçant artificiel.

En opérant dans l'âge tendre, tous ces muscles jouent immédiatement leur rôle, et leur développement est en rapport avec celui du tissu.

4) Quand les procès palatins des maxillaires sont unis, on observe que le développement des os du procès alvéolaire de la mâchoire supérieure prend une forme à peu près normale, et quand les dents sont sorties, ceux-ci ferment la cloison, plus ou moins, avec ceux de l'inférieure. Dans ma première observation la largeur de la mâchoire fut réduite à peu près de 18 mm.

Mes confrères prédisaient que la mâchoire supérieure serait plus étroite que l'inférieure, qu'elle resterait toujours dans un état de contraction et que, quand la dentition de la mâchoire supérieure serait terminée, les dents se trouveraient de beaucoup en dedans de l'arcade dentaire inférieure. Ma réponse fut que, peut-être plus tard, le dentiste réussirait très probablement à corriger ce défaut par des méthodes orthodontiques. Tous ceux qui ont étudié cette difformité ont dû observer que dans presque tous les cas il y a un tissu suffisant dans le palais dur et dans le palais mou, mais que les parties ne sont pas unies (fig. 10).

Le défaut d'union est cause que les os maxillaires supérieurs tendent à se séparer de plus en plus jusqu'à ce que l'arcade soit élargie de beaucoup au delà de la largeur du maxillaire inférieur (fig. 11). Si cette fissure avait été comblée de bonne heure dans l'enfance, j'imagine que l'occlusion des dents aurait été normale.

La méthode décrite ici permet de rétablir dans l'extrême enfance les rapports normaux du maxillaire supérieur et par conséquent le rapport convenable des os maxillaires supérieurs avec les os maxillaires inférieurs. Chez les patients n'ayant pas de tissu osseux suffisant pour me permettre de fermer la fissure par cette opération sans contracter l'arcade,

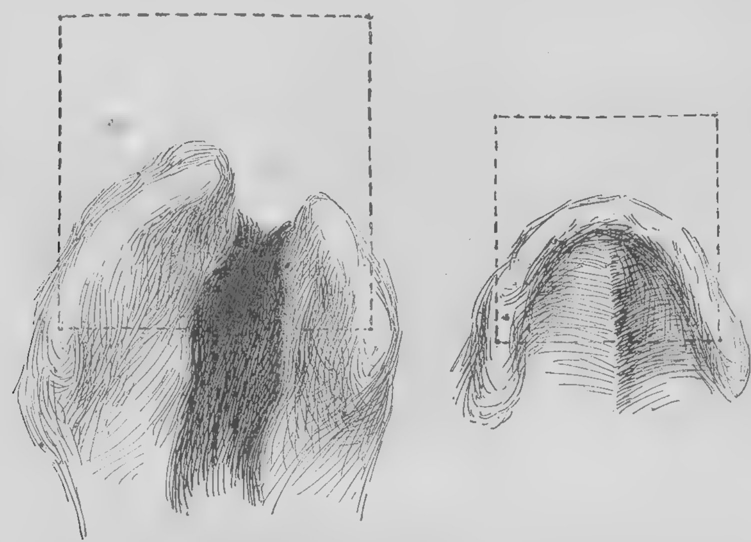


Fig. 10. — Dessins faits d'après des mesures exactes de moulages pris sur un sujet vivant, montrant les positions relatives des maxillaires supérieur et inférieur d'un jeune enfant présentant des fissures congénitales de la voûte palatine (Grandeur naturelle).
Les lignes pointillées ont les proportions exactes de la largeur des procès alvéolaires respectifs aux points correspondants.
Le grand carré représente la largeur de la voûte, plus grande que les carrés plus petits.
Quand les fissures seront bouchées, les carrés auront la même dimension et par conséquent les dents articuleront normalement.

je constatais, plutôt avec surprise, qu'avec le temps les os se développaient et l'arcade s'étendait jusqu'à ce qu'ils occupassent, quand les dents du haut étaient sorties, leurs relations normales ou à peu près avec les os inférieurs. Les modèles ci-joints représentent le développement de l'arcade (fig. 12).

5) Nous aurons, grâce à des opérations faites de bonne

heure moins de difformités, car tous les tissus, osseux ou mous, se développent normalement et suivant les types admis ; en ajournant l'opération de quelques années, il est très difficile d'obtenir ces résultats.

6) En opérant de bonne heure les différentes parties sont

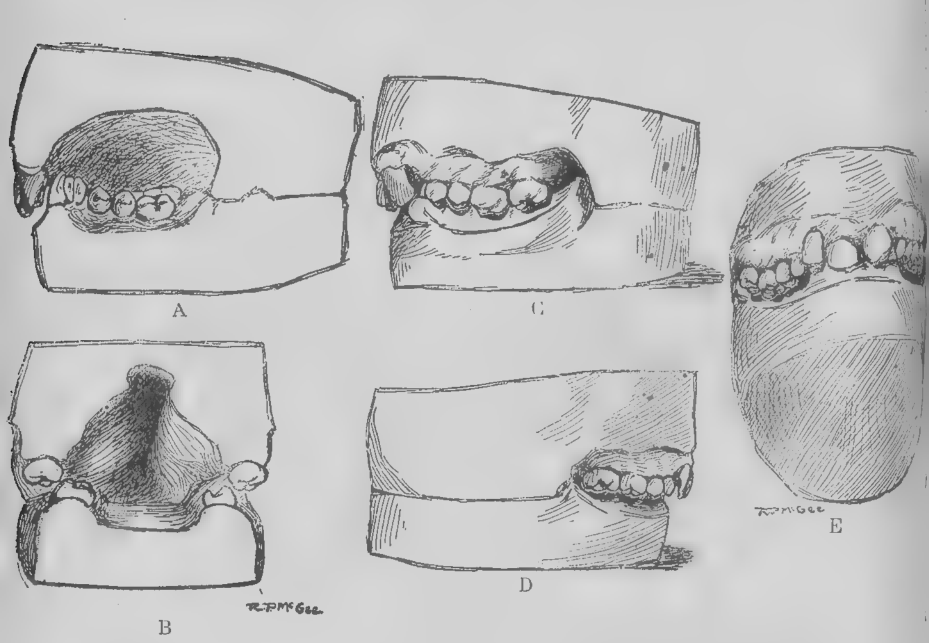


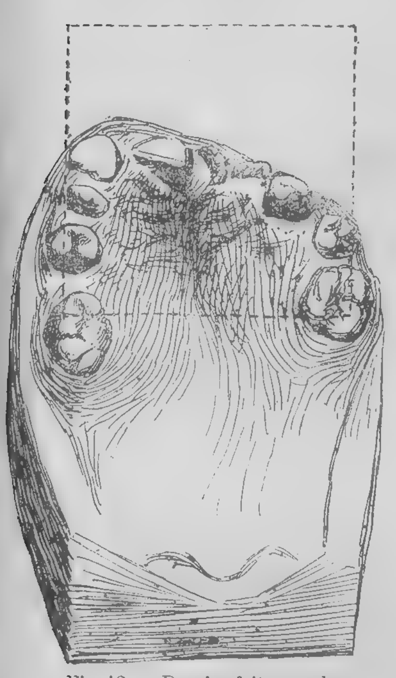
Fig. 11. — A. et B. Section de la bouche d'un enfant de 13 ans montrant l'artilation supérieure.

C., D. et E. Vues différentes de la même bouche montrant l'articulation supérieure de toutes les dents du haut quand les modèles sont articulés.

suffisamment avancées pour permettre une phonation correcte lorsque le moment d'apprendre à articulation les sons est venu. Si, au contraire, l'opération est remise à une époque où une prononciation vicieuse a été acquise, il deviendra bien difficile de corriger ce vice, même si les parties musculaires se développent suffisamment. La méthode d'opération pour combler la fissure palatine est la suivante : préparer le malade convenablement ; lui laver la bouche avec des solutions antiseptiques ; placer le sujet à opérer sur la table d'opé-

rations, le visage tourné vers la lumière et, après avoir administré le chloroforme, introduire le spéculum buccal (fig. 13) et enlever complètement les bords de la fissure.

Un simple raclage de la membrane muqueuse ne suffit pas pour obtenir une union permanente et parfaite. Dé-



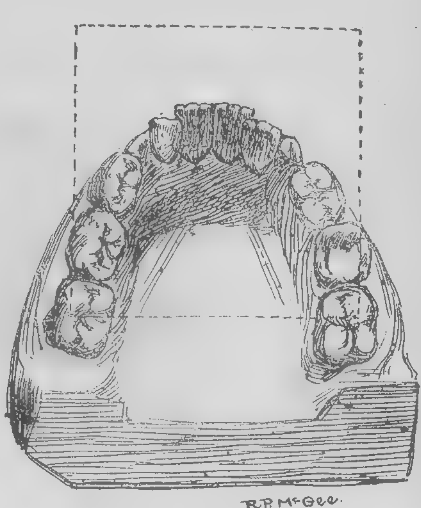


Fig. 12. — Dessins faits sur des mesures exactes d'après les moulages des dentures supérieure et inférieure de l'enfant représenté fig. 23. Les carrés en pointillé représentent l'occlusion actuellement. Les dents du haut seront redressées par l'orthodontie, quand l'âge du sujet le permettra. L'enfant a actuellement 11 ans.

coller avec la rugine les bords opposés de l'os, ce qui nous donnera suffisamment d'exsudat (si important pour une union parfaite) pour que l'opération réussisse au moins à cet égard. Le bistouri attaque facilement l'os délicat du palais osseux, aussi bien que le procès alvéolaire des sujets jeunes.

Alors élever la joue et l'incliner en arrière, puis insérer une large suture de soie, tout à fait au fond, vers l'extré-

mité postérieure du palais osseux, tout à fait derrière l'apophyse malaire et assez haut pour éviter tout danger de ne pas être au-dessus de l'os palatin, passer cette suture à travers la substance de l'os vers la fissure centrale à l'aide d'une aiguille solide (fig. 14) ; faire la même suture du côté opposé. Nous aurons ainsi deux sutures à nœuds au centre de la fissure et en passant une boucle par l'autre, nous pouvons passer la première par les deux os maxillaires.

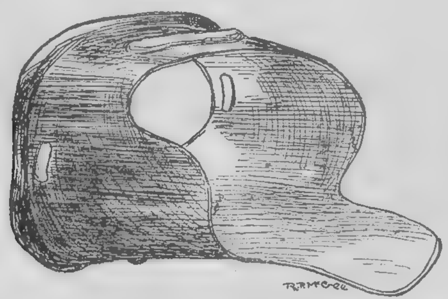


Fig. 13. — Speculum buccal employé pour opérer sur des enfants. Il en existe de plusieurs grandeurs.

Il est plus facile d'introduire des sutures en soie avec l'aiguille que des sutures en fils métalliques, mais des fils d'argent doivent toujours les remplacer après. Le fil d'argent est du n° 20 et peut être doublé si l'état des parties et la tension sur les tissus, nécessaire pour les rapprocher, l'exige. Tout près de la portion antérieure du maxillaire, passer un autre fil à travers la substance de l'os au-dessus du palais et l'autre côté dans une position correspondant exactement à l'entrée. De cette manière nous aurons un fil de métal qui passe sur le palais en avant de l'apophyse malaire et un autre qui passe derrière (fig. 15).

Puis on met en place les plaques de plomb (n° 17 de la filière américaine) qui doivent correspondre exactement à la convexité de la surface buccale des os. Elles doivent être perforées pour laisser passer les bouts des fils d'argent de chaque côté. Tordre ces fils ensemble, c'est-à-dire l'extrémité droite du postérieur avec celle de l'antérieur et faire la même chose

du côté gauche. Ceci causera une tension forte et les parties une fois rapprochées ne peuvent s'écarter parce que les sutures tiennent en place. Si la fissure est trop large pour qu'on ne réussisse pas à la combler en tordant les fils d'ar-

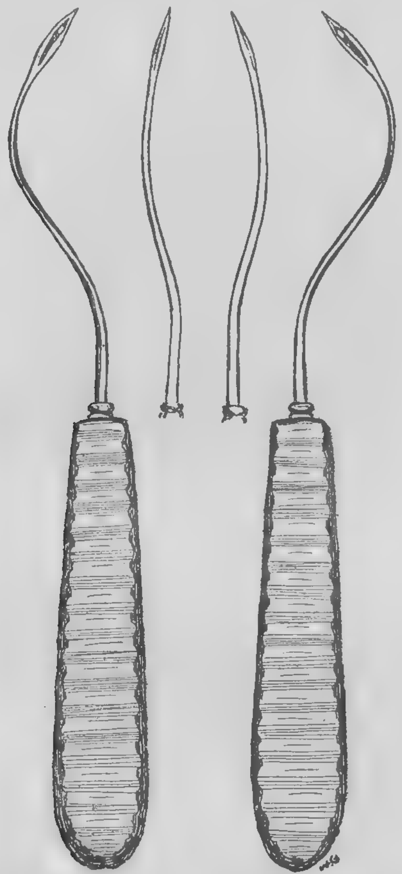


Fig. 14. — Fortes aiguilles employées pour passer des sutures de tension en argent au travers de l'os maxillaire.

gent ensemble sur les plaques de plomb, on peut comprimer à l'aide du pouce et des doigts, ou à l'aide d'une pince construite pour cet usage. Si, grâce à cette compression, les bords de la fissure ne se rapprochent pas, il faut employer

d'autres moyens pour vaincre ces difficultés. La joue étant bien élevée, sectionner la membrane muqueuse et l'os à travers l'apophyse malaire. Diriger le bistouri dans une direction horizontale et, quand il est bien enfoncé, tenir le manche en avant et en arrière. De cette manière on peut séparer le maximum de l'os et le minimum de la muqueuse. Cela fait

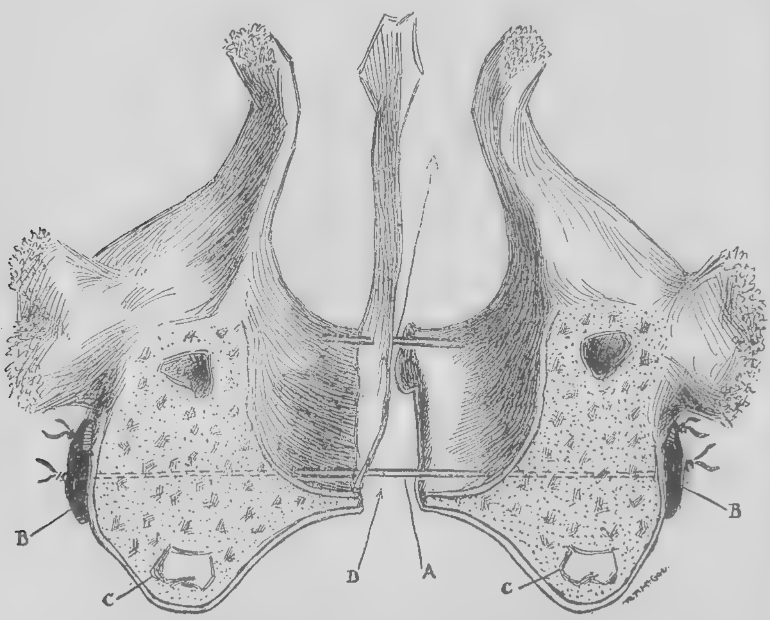


Fig. 15. — Section verticale des os maxillaires supérieurs d'un enfant de 5 semaines présentant une fissure de la voûte palatine.
A.A. Sutures de tension en argent.
B.B. Plaques de plomb.
C.C. Germes des premières molaires temporaires.
D. Fissure du palais.

d'un côté ou de l'autre, il est aisé de ramener l'os vers la ligne médiane. Les sutures en fil d'argent passant à travers les boutons de plomb sont alors tordues de nouveau et la fissure est comblée en rapprochant les deux bords (fig. 16).

L'incision de la muqueuse doit être aussi minime qu'il est possible, parce que cette membrane doit retenir les os

rapprochés l'un de l'autre ou à peu près. Quand les bords ont été rapprochés, s'ils sont tenus propres par des antiseptiques, ils forment une union parfaite, et un fonctionnement normal du palais en sera le résultat. La division des os est accompagnée d'une très petite hémorragie et les parties ordinairement ne causent pas plus d'inconvénient au malade que l'opération ordinaire de l'élévation du palais osseux pratiqué par la méthode de Fergusson. L'hémorragie est arrêtée facilement au moyen d'éponges plongées auparavant dans de l'eau à une température de 17° F. (68° centigrades). Ces éponges chaudes, mises en contact avec les surfaces saignantes pendant quelques minutes, suffisent parfaitement.

Les bourgeons dentaires sont quelquefois dérangés et en quelques occasions j'ai rencontré des dents dont le développement fut défectueux après la dentition.

L'arcade palatine est contractée parfois, mais cette contraction ne sera pas permanente, car si l'on opère d'assez bonne heure, lorsque le développement est complet, les dents de la mâchoire supérieure articuleront naturellement avec celles de la mâchoire inférieure. C'est un fait bien connu que le procès alvéolaire se développe avec les dents, ce qui semble être un point important dans la formation des mâchoires et le placement des dents dans leur position convenable.

Les bords ayant été bien rapprochés, il faut sécher les parties, examiner soigneusement les bords de la fissure et, s'il est nécessaire, introduire des sutures fines de soie çà et là pour obtenir un parfait ajustement des différentes parties.

Ces sutures de coaptation, autrefois employées par moi pour combler la fissure du palais osseux chez de jeunes enfants, le sont rarement maintenant.

Le traitement post-opératoire est très simple : il consiste seulement à employer des antiseptiques pour la bouche et le nez, au moins deux fois par jour. Des stimulants, s'il est nécessaire, dans les vingt-quatre premières heures, empêchent l'enfant de déranger les parties ou d'introduire quelque chose dans sa bouche qui puisse déranger les sutures. Prendre un soin particulier de l'intestin. Laver le corps avec

une éponge imbibée d'alcool si la température dépasse 100 degrés F. (37°, 78).

Pour nourrir le malade, donner des liquides avec une cuillère et ne pas employer le biberon, parce que le suçage peut troubler le processus de réparation. L'opérateur ne doit pas faire attention aux abrasions de la muqueuse, causées par

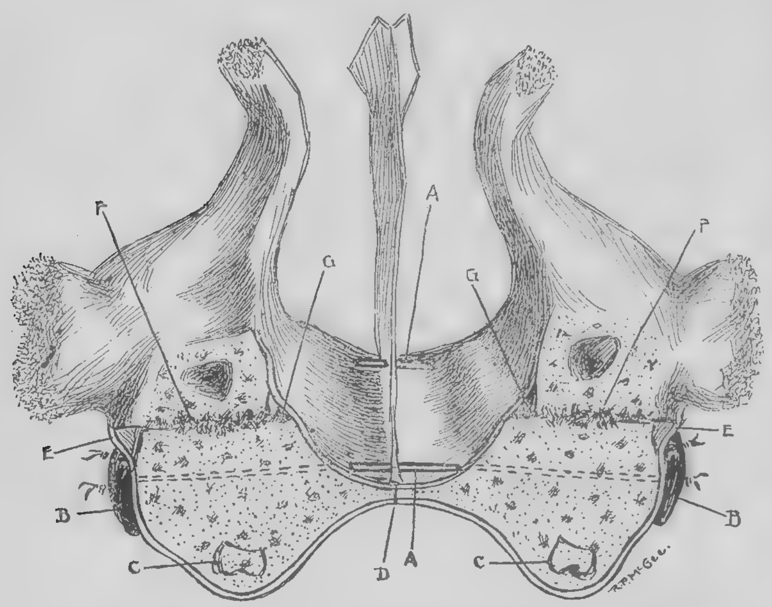


Fig. 16. — Section verticale des os maxillaires supérieurs d'un enfant de 5 semaines montrant la méthode de fermeture des fissures palatines.

A.A. Sutures de tension en argent.
B.B. Plaques de plomb.
C.C. Germes des premières molaires temporaires.
D. Fissures congénitales fermées.
E.E. Muco-périoste formant une paroi étendue de l'espace triangulaire en repoussant en dedans les fragments inférieurs de l'os.
F.F. Lignes de fracture provenant du rapprochement du procès palatin.
G.G. Espace triangulaire obtenu sur la surface de l'os par le rapprochement du procès palatin.

les plaques de plomb, car elles sont ordinairement insignifiantes. Il faut laisser les plaques en place pendant deux à quatre semaines, mais les sutures de soie, si l'on s'en sert, doivent être enlevées huit jours après l'opération (fig. 16). A la

suite d'une fausse interprétation de ce procédé chirurgical, il a été soutenu que la fermeture de la voûte palatine, rapprochant les os l'un de l'autre et les unissant dans la ligne médiane, serait suivie de sténose. Si l'on tient compte de l'ana-



17. — Surface palatine d'un enfant de 5 semaines présentant une fissure étendue des palais osseux et mou et un bec-de-lièvre unilatéral.

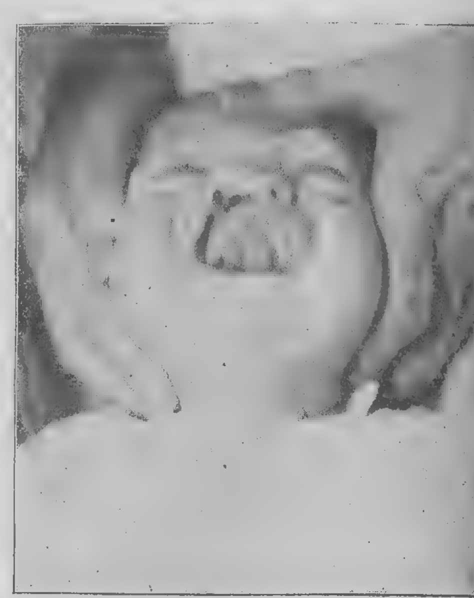


Fig. 18. — Surface palatine de la même bouche une semaine après l'opération de la fermeture de la fissure du palais osseux.

tomie des parties et si l'on comprend bien les détails de l'opération, on voit aisément que la fermeture du conduit nasal ou même la réduction de ses dimensions sont impossibles.

Je crois fermement qu'il faut opérer sur le palais avant d'opérer sur les lèvres. C'est une grande erreur de commencer par les lèvres et de fermer en partie le seul accès par lequel une opération palatine subséquente doit être faite. L'opérateur a besoin de tout l'espace qu'il peut se procurer, qui n'est jamais trop grand chez un enfant tout jeune. L'opération sur les lèvres est relativement simple et peut être

faite en tout temps; mais les opérations palatines seront rendues beaucoup plus difficiles si l'on a fermé les lèvres auparavant. Si les os intermaxillaires font saillie (fig. 21), il faut, non pas les enlever, mais les ramener dans leur position normale, ce qui peut se faire en enlevant une portion d'os en V du vomer, comme dans la fig. 22. (fig. 17 et 18).

Quand les os en saillie ont été reculés dans leur position convenable par des sutures d'argent et se sont unis, *mais*

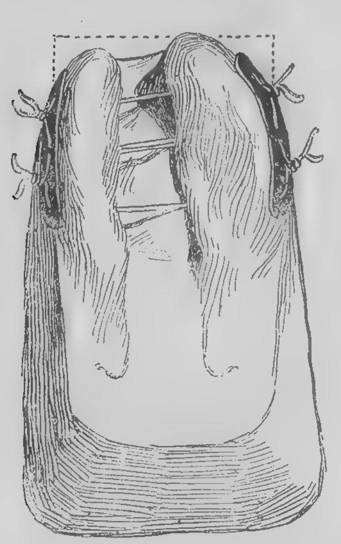


Fig. 19. — Moulage en plâtre de la bouche de l'enfant représenté fig. 17 montrant des plaques de plomb et des sutures métalliques en place.



Fig. 20. — Moulage de la même bouche (fig. 18) une semaine après la fermeture du palais.

pas avant, on doit faire l'opération de fermeture du double bec-de-lièvre. Croyant que la profession y serait intéressée, j'ai présenté à la réunion de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, au mois d'août 1899, plusieurs sujets que j'ai opérés.

Le premier sujet n'avait que dix jours quand je l'opérai. Il avait un double bec-de-lièvre accompagné d'une

double fissure palatine du palais osseux et du voile du palais.

Le palais fut fermé dans toute sa longueur en une seule séance, les tissus prirent une position et une relation normales. L'arcade a maintenant une ouverture normale et



Fig. 21. — Photographie d'un enfant de 9 semaines avec une fissure congénitale et un bec-de-lièvre bilatéral, montrant aussi la protusion des os intermaxillaires.

l'occlusion des dents est à peu près satisfaisante, quoi qu'elle ne soit pas normale, mais en se servant de moyens bien connus des dentistes il sera facile de les pousser un peu plus en dehors, pour qu'elles rencontrent celles d'en bas (fig. 21). Les fissures de la lèvre montaient jusqu'aux narines;

les os intermaxillaires et la portion centrale de la lèvre se trouvaient dans un état rudimentaire. On forma par conséquent la lèvre en utilisant le tissu latéral des fissures. On peut encore améliorer l'aspect en enlevant un peu du tégument interne et en remontant la membrane muqueuse, de façon à raccourcir la lèvre. L'enfant, qui est âgée de onze ans à présent, jouit d'une santé excellente et parle parfaitement (fig. 23).

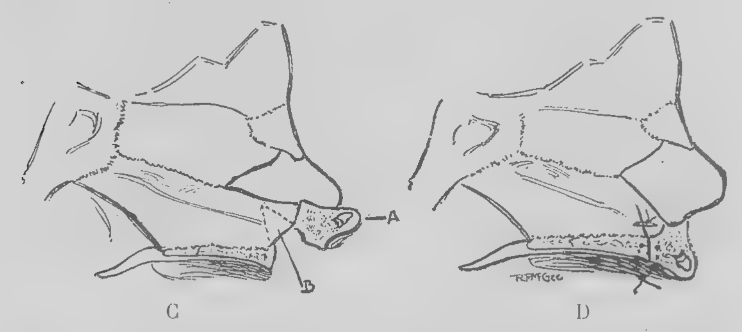


Fig. 22. C. — Section longitudinale de la région palato-nasale d'un enfant de 9 semaines avec fissure congénitale du palais, double bec-de-lièvre et protusion des os intermaxillaires. D. Avancement des os placés dans cette position convenable maintenus par des sutures d'argent. Germes des incisives non dérangés.

A. Avancement des os intermaxillaires contenant des germes des incisives centrales temporaires.

B. Incisions en forme de V dans le vomer indiquées par des lignes pointillées.

L'autre sujet présenté était un enfant de trois mois, dont j'ai comblé le palais osseux quand il n'avait que trois semaines. Je montrai un modèle des parties telles qu'elles étaient avant l'opération, et ce n'était pas un cas commun. L'ouverture était démesurément large et la quantité de tissus existante était comparativement petite. L'examen du sujet dans cette réunion montra que le palais osseux était complètement comblé, que les lambeaux étaient en excellente position et unis.

L'opération fut très aisée, parce que l'ouverture à travers les lèvres offrait un accès facile jusqu'aux parties. Ce petit enfant était le frère de la fillette présentée auparavant (fig. 22).

Il est intéressant d'apprendre que sur les six enfants

nés des mêmes parents quatre étaient atteints de malformation du même genre. L'aîné jouissait d'une excellente santé et ne présentait pas la moindre difformité. Le second avait un double bec-de-lièvre et une double fissure palatine ;



Fig 23. — Photographie d'une petite fille opérée à 10 jours d'un bec-de-lièvre palatin et bilatéral. Moulage de la bouche représenté fig. 12. Age actuel : 11 ans.

le troisième un bec-de-lièvre ; le quatrième, double bec-de-lièvre et fissure palatine ; le cinquième était normal et le sixième avait un simple bec-de-lièvre et une fissure palatine.

Les difformités de ces enfants, jointes à beaucoup d'autres cas, ont confirmé mon opinion que dans beaucoup de cas ces difformités ont une origine héréditaire, car le grand-père du côté paternel était affligé de la même infirmité.

Dans un cas opéré par moi, le 25 juin 1900, j'ai appris que

le frère du père de l'enfant, un oncle du côté maternel, de même qu'un oncle du côté paternel avaient une fissure palatine. Quoique les parents fussent exempts de cette infirmité, leur aîné avait un bec-de-lièvre, mais son palais était normal ; l'autre enfant (ils n'en avaient que deux) avait cette double difformité.

Résumé.

1. Les incisions longitudinales dans le palais mou pratiquées dans le but de diminuer la tension ne sont pas seulement inutiles, mais elles sont nuisibles au palais et à ses fonctions.

2. Les plaques de plomb fixées avec des sutures d'argent servent d'attelles chez les adultes et les enfants de plus de 6 mois; quand cette méthode est employée, les sutures ne cèdent pas

3. Le rétrécissement du palais consécutif aux opérations ou provenant d'autres causes peut être supprimé par une opération chirurgicale et la voix rendue.

4. Le moment le plus favorable pour opérer s'étend entre l'âge de 2 semaines et celui de 3 mois.

5. La rigidité du palais consécutive aux opérations est due à deux causes qui peuvent être évitées : 1° échec en élevant les parties molles au-dessus du palais dur, ce qui abaisse la voûte et allonge le palais ; 2° incisions dans le palais pour amoindrir la tension.

6. Les parties doivent être complètement irriguées et surveillées soigneusement jusqu'à complète union.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 18 *novembre* 1902.

Présidence de M. Roy.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

M. Godon s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, ainsi que M. Masson.

I. — Procès-verbal.

M. Roy. — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié dans le journal. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter à son sujet?

M. Meng. — Je regrette beaucoup que ce procès-verbal ne m'ait pas été soumis, que mes pensées y aient été mal exprimées et qu'il ait été fait des coupures dans ce que j'ai dit. C'est ainsi que M. Sauvez a contesté une de mes affirmations et ce démenti ne figure pas. Je le regrette.

M. Roy. — La publication de ce procès-verbal s'est trouvée retardée pour diverses causes et, au moment des vacances, la plupart des membres étant absents, j'ai dû revoir le procès-verbal avec le Secrétaire général, car le compte rendu sténographique était déplorable et l'interruption à laquelle vous faites allusion était si mal exprimée par la sténographie que nous avons préféré la supprimer. C'est pour cela que le procès-verbal en question a été modifié.

M. Meng. — La question du saut de l'articulation m'était assez familière pour que j'aie cru devoir prendre la parole. M. Sauvez m'a répondu que mon procédé était connu depuis cinq ou six ans.

M. Roy. — La partie supprimée n'avait pas trait à cela, et, par contre, le passage dont vous parlez ne figurait pas dans le compte rendu sténographique.

M. Meng. — Pourquoi ne pas prévenir les orateurs que le procès-verbal est à leur disposition pour le corriger?

M. Roy. — Il y a bien longtemps qu'en vertu d'une décision de la société le procès-verbal est déposé au Secrétariat pendant huit jours pour les rectifications à y apporter. Vous pouviez user de cette faculté.

Malgré notre bonne volonté il nous est quelquefois difficile de rétablir les choses telles qu'elles ont été exprimées.

M. Meng. — En 1900 je présentai au Congrès un plan incliné absolument nouveau et l'on me dit que c'était une chose ancienne. Ne pourrait-on pas faire un index alphabétique de tout ce qui a été présenté pour qu'à la fin de l'année on puisse le retrouver facilement ?

M. Roy. — C'est là un autre ordre d'idées.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté sous le bénéfice des observations qui précèdent.

II. — Communication du président.

M. Roy. — Nous allons reprendre nos travaux après une interruption de trois mois et j'espère que vous serez animés d'une activité féconde. Toutefois pendant les vacances nous ne sommes pas demeurés inactifs. C'est ainsi que les réunions de la F. D. I., où nous comptions comme délégués MM. Godon, Sauvez, Viau, Martinier et Heïdé, coïncidaient avec celles de l'American Dental Society of Europe et de la Société des dentistes suédois, de sorte que nos délégués ont pu assister aux séances de ces deux dernières sociétés. M. Heïdé va d'ailleurs vous rendre compte des choses qui l'ont particulièrement frappé pendant leurs sessions.

A Montauban, nous avions, quelques jours avant, une session de l'A. F. A. S. et de la F. D. N. Nous ne vous parlerons pas ici de cette dernière, qui a traité des questions que nous n'avons pas à aborder ici ; nous nous bornerons à vous entretenir des réunions intéressantes de la Section d'Odontologie. M. Delair est chargé de ce soin.

A Munich, à peu près à la même époque, se tenait le Congrès annuel du *Central Verein Deutscher Zahnärzte*. M. Masson et moi nous y étions délégués et nous y avons reçu un accueil très sympathique. M. Masson a d'ailleurs la mission de vous présenter un rapport à cet égard, ce qu'il ferait ce soir s'il n'en était empêché. J'ajoute qu'à ce Congrès était annexée une exposition de confrères et non de fournisseurs des plus intéressantes.

Vous savez que le 14e Congrès des sciences médicales se tiendra à Madrid en avril 1903 et comprendra une Section d'Odontologie. Je vous propose d'y envoyer des délégués ; leur désignation pourrait être faite à la fin de la séance.

Je vous propose également, au nom du bureau, de nommer une Commission pour reviser notre règlement intérieur, dont plusieurs articles sont tombés en désuétude et d'autres devraient être modifiés. Le bureau voudrait que les élections eussent lieu à la séance de rentrée, après les vacances, pour que le président pût diriger les débats

pendant dix séances consécutives; actuellement ces élections ont lieu en février, ce qui coupe ainsi la durée de la présidence en deux. D'autre part, s'il est bon que le président change tous les ans, il est fâcheux qu'il n'y ait pas continuité dans l'administration de la Société. En renouvelant tous les ans le bureau en entier, chacun de ses membres, nouveau dans ses fonctions, est obligé de se mettre au courant de cette administration. Il serait donc utile que l'un d'eux, le Secrétaire général de préférence, gardât ses pouvoirs plusieurs années, ainsi que c'est l'usage dans plusieurs autres sociétés savantes. On assurerait ainsi un fonctionnement plus régulier. J'émets donc le vœu qu'on se préoccupe de cette question soit lors des élections, soit dans le règlement. Vous pourriez nommer une Commission pour procéder à cette revision.

L'assemblée, consultée, décide de nommer à la fin de la séance le délégué à Madrid et la Commission proposée.

III. — Compte rendu des réunions de Stockholm.

M. Heïdé donne lecture d'un rapport sur ce sujet *(sera publié)*.

Discussion.

M. Roy. — Je remercie vivement M. Heïdé d'avoir bien voulu nous donner ce petit compte rendu. Nous devons d'autant plus l'en remercier qu'il n'a été chargé de le faire qu'à son retour de Stockholm; il n'a donc pu que faire appel à sa mémoire et cependant il nous a fourni des renseignements qui sont très intéressants.

M. Prével. — Ne serait-il pas possible d'avoir le texte de certaines communications ?

M. Heïdé. — Un certain nombre d'entre elles seront publiées dans le *Cosmos* et dans d'autres journaux.

M. Viau. — J'ajoute que l'A. D. S. E. publie tous les ans un compte rendu de sa session dans lequel nous pourrons puiser.

M. Roy — Nous renvoyons ce vœu au Comité de rédaction de *L'Odontologie*.

IV. — Compte rendu de la réunion de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. Delair donne lecture d'un rapport sur ce sujet *(sera publié)*.

Discussion.

M. Roy. — Je remercie beaucoup M. Delair de nous avoir donné un si intéressant compte rendu de cette réunion extrêmement agréable, qu'il a pour ainsi dire fait revivre à vos yeux, tout en glissant sur son rôle avec une grande modestie.

M. Touvet-Fanton. — Peut-on se procurer les dents détachables dont il est question dans ce rapport et qui ont été présentées par M. Blatter?

M. Blatter. — Elles sont en fabrication et je n'en ai que des échantillons, que je pourrai vous soumettre.

M. Martinier. — M. Delair nous a parlé aussi de la pâte de M. Fayoux; je serais heureux de savoir s'il a fait l'expérience de cette pâte. En quoi le durcissement dans la salive peut-il avoir de l'influence sur l'obturation des canaux radiculaires?

M. Delair. — Je n'ai jamais essayé cette pâte; mais je crois qu'une fois la cavité bien préparée on peut y mettre cette pâte qui durcit tellement qu'on éprouve quelque difficulté à la retirer. Mais la pâte présentée par M. Fayoux à Montauban n'est pas celle à laquelle M. Martinier fait allusion. En effet M. Fayoux a deux pâtes, une pour le traitement des 4e degrés et une autre, celle qu'il a présentée à Montauban, pour faire disparaître la sensibilité dans les seconds degrés sensibles. Il a obturé devant nous deux ou trois dents très sensibles avec sa pâte sans aucun curettage, en assurant que, dans quelques mois, il suffirait de la retirer et que les dents ne seraient plus sensibles.

Comme démonstration il a introduit en outre cette pâte dans des dents extraites, qu'il a plongées dans l'eau et, quelques instants après, la pâte était suffisamment dure pour mastiquer. Je crois que la pâte dont il est question ici est un pansement plutôt qu'une obturation.

M. Blatter. — Je crois être le seul membre présent qui se soit servi de la pâte de M. Fayoux. Je l'emploie surtout pour les pansements arsénicaux occlusifs du 3e degré où elle rend d'appréciables services. Voici comment je procède : à l'aide d'oxyde de zinc sublimé et d'acide eugénique, je fais une pâte assez épaisse ; une fois le pansement destructeur appliqué sur la pulpe, je comble la cavité à l'aide de cette pâte, sans crainte de comprimer ; la pâte durcit assez rapidement et offre une solidité, une résistance et une imperméabilité de beaucoup supérieures à celles du plâtre d'albâtre, par exemple. De plus les propriétés antiseptiques de l'acide eugénique doivent la faire préférer aux autres substances employées jusqu'à ce jour pour tous les pansements dits occlusifs.

M. Delair. — M. Fayoux a dit à Montauban qu'il se tenait à la disposition de ses confrères pour des démonstrations de son procédé. Les obturations faites par lui à Montauban l'ont été en présence de M. Chemin, qui doit en surveiller les effets et auquel on pourra demander des renseignements

M. Martinier. — J'avais cru qu'il s'agissait d'une pâte pour les canaux, mais d'après les explications que M. Delair vient de nous fournir ce serait uniquement une pâte pour combattre l'hypéresthésie de la dentine.

V. — Compte rendu du Congrès de la Société centrale des dentistes allemands a Munich.

M. Roy. — En l'absence de M. Masson, je voudrais vous indiquer sommairement les choses intéressantes que nous avons vues à Munich. Vous avez pu lire déjà un premier article de M. Masson sur l'Exposition de Munich, qui n'était pas, ainsi que je vous l'ai dit, une exposition de fournisseurs et dont l'ensemble était très intéressant. M. Masson a fait également un compte rendu du Congrès du *Central Verein Deutscher Zahnärzte* tenu dans cette ville, que vous lirez dans le journal, mais dont je vais vous donner un résumé.

Je vous signalerai, en passant, ce fait intéressant que les journaux politiques allemands rendent compte de tous les Congrès qui ont lieu en Allemagne. Un confrère de Berlin assistait aux séances du Congrès et télégraphiait tous les soirs des résumés des séances aux principaux journaux de Berlin qui les publiaient. Je crois qu'il serait bon que les journaux français imitassent cet exemple à l'occasion.

M. Meng. — Pourquoi n'annoncerait-on pas dans notre journal les réunions dentaires des diverses sociétés[1] ?

VI. — Ajournement de communications.

M. Roy. — En raison de l'heure avancée je vous propose de reporter à l'ordre du jour de la prochaine séance ma communication intitulée: « Considérations sur le traitement de la carie du 4e degré simple et compliquée d'abcès alvéolaire », en invitant tous les confrères qui auraient des choses intéressantes à dire à s'inscrire à l'avance pour prendre part à la discussion ou faire une communication à ce sujet.

M. Bonnard. — Vous pourriez recourir pour cela à des circulaires.

M. Roy. — Je vous propose pour la même raison d'ajourner à la prochaine séance la communication de M. Touvet-Fanton : « Procédé de rétention des appareils à plaque. Système de succion simple ».

Adopté.

VII. — Note sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

M. Roy. — M. Boyadjieff m'a adressé une lettre demandant son admission dans la société, lettre à laquelle il avait joint une petite note sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

« Depuis quelque temps il emploie le formaldéhyde dans

---

1. Nous annonçons toujours à l'avance les réunions dentaires dont nous avons connaissance ; nous ne nous expliquons donc pas l'observation de M. Meng.

N. D. L. R.

le traitement de la pyorrhée alvéolaire. A l'aide d'une seringue et d'une canule mousse il injecte aussi profondément que possible dans l'alvéole de la dent malade une solution aqueuse de formaldéhyde à 1 o/o après avoir nettoyé la dent des moindres parcelles de tartre qui recouvrent la racine. Il répète ces injections tous les deux jours et, suivant la méthode de Younger, fixe la dent malade aux dents voisines à l'aide de fils de soie qu'il change une ou deux fois par semaine. M. Boyadjieff dit avoir obtenu de très bons résultats avec ce traitement au sujet duquel il se propose d'envoyer dans quelque temps une étude détaillée à la Société. »

VIII. — Décisions.

La nomination d'un délégué au Congrès de Madrid est ajournée à la prochaine séance.

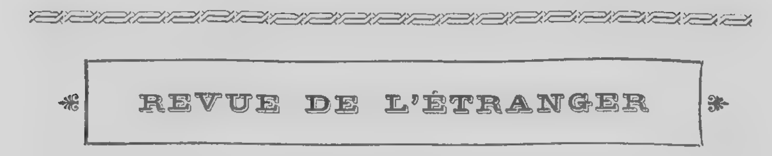
Le bureau est chargé de reviser le règlement intérieur de la Société et de présenter un rapport à la prochaine séance.

IX. — Présentation d'une vis.

M. Martinier présente une nouvelle vis de redressement, qu'il a rapportée de son voyage à Stockholm. Toutes les vis en usage sont des forces intermittentes. Celle-là, mue par un ressort à boudin, est une force continue, qui peut elle-même être réglée par un épaulement limitant la course du ressort. (M. Martinier fournit des explications sur le fonctionnement de cette vis.)

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
Touvet-Fanton.



LE CONGRÈS DENTAIRE DE MUNICH

4 au 8 août 1902.

Rapport présenté au nom de la délégation de l'Ecole dentaire de Paris, par H. MASSON[1].

(Suite.)

Le lundi matin 4 août s'ouvrait le Congrès officiel sous la présidence du professeur Dr Miller, de Berlin. Le Dr Miller souhaite la bienvenue à ses collègues, surtout à ceux qui viennent de l'étranger, et les remercie en quelques mots de la sympathie qu'ils témoignent au *Central Verein Deutscher Zahnärzte.* Il énumère rapidement les faits saillants qui se sont accomplis au cours de l'année et pense que les deux cents collègues qui se pressent dans la salle témoignent hautement de la vitalité toujours croissante de ce groupement professionnel. Il se réjouit particulièrement que tout le monde se soit mis d'accord sur la nécessité d'une instruction générale suffisante pour ceux qui veulent pratiquer l'art dentaire et insiste sur ce fait que les membres du *Central Verein* tiennent à ce que le diplôme de maturité (baccalauréat) soit exigé des étudiants dentistes. Le professeur Dr Walkhoff, prend ensuite la parole, souhaite, au nom de l'Association des dentistes de Bavière, une cordiale bienvenue à tous les congressistes et déclare la séance ouverte.

La parole est donnée au Dr Cl. Martin, de Lyon, qui fait la description de son larynx artificiel et fait ressortir l'utilité immédiate de la petite grille métallique placée à la partie supérieure de la canule trachéenne, qui empêche les parcelles alimentaires de pénétrer et d'obturer le conduit aérien.

Birzfeld, de Hambourg, présente un appareil grâce auquel il pense pouvoir épargner au patient toute intervention douloureuse dans les cas de projection en avant du maxillaire. Il cherche à produire le saut de l'articulation grâce à un double plan incliné.

Les premières grosses molaires, au maxillaire supérieur et inférieur, sont entourées d'un collier, à l'extérieur duquel est soudée une courte

1 *L'Odontologie* du 30 septembre 1902, p. 359.

glissière en forme de plan incliné qui, dans les mouvements de rapprochement des mâchoires venant en contact avec l'homologue du haut, agit selon la disposition, soit en propulsant en avant le maxillaire inférieur, soit en repoussant en arrière le maxillaire supérieur.

Lipschitz, de Berlin, cherche à montrer comment les extractions judicieuses peuvent être d'un secours utile au praticien dans certains cas de redressement, et comment dans nombre de cas le port d'un appareil de redressement n'aurait pas été nécessaire si une avulsion avait été faite en temps opportun. Le thème développé par l'auteur est certes très connu ; mais il nous semble vraiment beaucoup trop radical, comme le montrent les modèles de ses interventions, de supprimer les dents qui s'opposent au redressement de leurs voisines.

Ainsi connue, l'orthopédie dentaire se réduirait à peu de chose; tout le monde ne la conçoit pas ainsi.

Weiser, de Vienne, fait sur le bridge-work et les conditions essentielles qui peuvent assurer à ces travaux un critérium de durée une intéressante communication. Bien que, selon cet auteur, l'engouement des Américains et des Anglais pour le travail à pont se soit fort refroidi depuis quelques années, il n'en est pas moins vrai que non seulement les travaux à pont de petit volume, mais aussi ceux d'une certaine étendue peuvent donner d'excellents résultats à fort longue échéance. Une pratique de 15 ans lui permet de poser ces conclusions ; les modèles d'un nombre respectable de bridges exécutés par lui et dont plusieurs remontent à plus de 10 ans donnent davantage de valeur à ses affirmations.

Dans un intéressant exposé, l'auteur cherche à démontrer mathématiquement la résistance que peut offrir chaque dent prise isolément comme point d'appui dans la confection d'un pont, et par une suite d'intéressantes déductions s'efforce de démontrer à son auditoire que, seuls, les bridges réalisant ses conditions, qu'ils soient de petite ou de volumineuse étendue, pourront offrir au patient comme au dentiste toutes les chances d'un succès autant certain qu'immédiat.

Weiser termine sa communication par cette idée, sujette d'ailleurs à controverses, que l'idéal, pour le patient, est le bridge fixe, pour le dentiste le bridge amovible.

Guttmans, de Potsdam, décrit quelques procédés nouveaux pour l'obturation par les blocs de porcelaine. C'est en somme la méthode de Dill qu'il cherche à généraliser. Une ingénieuse série de meules lui permet de tailler ces blocs de porcelaine de manière à faire des reconstitutions assez étendues.

Cependant les démonstrations au tableau noir sont beaucoup moins probantes que celles faites *in vivo* ; il est regrettable que l'auteur n'ait fait de ses ingénieuses applications que des démonstrations orales.

Le Dr Roy lit une intéressante communication où il retrace à grands traits l'histoire de la prothèse restauratrice dès son origine éminemment française ; il montre les rapides progrès que cette branche spéciale de notre spécialité a accomplis dans le cycle de ces dernières années et termine par un exposé des divers appareils de fractures utilisés à l'heure actuelle, depuis la simple gouttière en vulcanite jusqu'aux appareils perfectionnés et répondant à presque tous les cas cliniques de Martin et de Martinier.

Le Dr Preisverk, de Bâle, présente le résultat de ses observations au sujet des causes de la carie dentaire ; il conclut en disant que, d'accord avec le Pr Miller, il reconnaît que les acides buccaux et les bactéries habituelles de la cavité buccale sont les causes des lésions dentaires, se déclarant partisan de la théorie chimico-parasitaire.

La série des communications se termine, la première journée, par une suite de projections de préparations d'histologie dentaire normale et pathologiques présentées avec beaucoup de clarté par le Dr Römer, de Strasbourg.

Dès le début de la deuxième journée, nous prenons nous-même la parole pour présenter l'appareil de M. Martinier pour correction du prognathisme du maxillaire supérieur. La présentation faite en langue allemande semble très vivement intéresser nos confrères allemands, qui après la séance viennent en grand nombre nous demander à ce sujet des explications complémentaires, s'étonnant des résultats merveilleux obtenus avec l'appareil Martinier à double traction, assez connu des spécialistes de l'orthopédie pour que nous n'insistions pas.

Le Dr Röse, de Dresde, parle ensuite des exigences que réclame l'hygiène dentaire. A l'Hôpital central, où il a un service, on cherche à inculquer à tous les malades deux choses capitales : les principes de propreté et de tenue générale, et l'hygiène de la bouche et des dents. L'hygiène dentaire dans les écoles et les casernes a fait ces dernières années de notables progrès. L'auteur considère que le secours que peut fournir la presse en ce sens doit être modérément employé, car elle laisse toujours soupçonner un moyen de réclame détourné ; il vaudrait beaucoup mieux chercher, comme le désire et l'a exprimé son collègue Jessen, de Strasbourg, à faire pénétrer les notions premières de l'hygiène dentaire au moyen de conférences faites dans les écoles et les agglomérations d'individus.

De ses recherches faites sur les habitants de 100 à 140 villages et sur 10.000 soldats environ, le Dr Röse a pu tirer la conclusion que la carie dentaire frappe plus particulièrement les individus au fur et à mesure qu'ils s'élèvent dans l'échelle sociale. Pour l'auteur la question du temps de l'allaitement des enfants est capitale. En Thuringe, où la majorité des nourrissons est allaitée pendant neuf mois par leur mère, on compte 1 0/00 de dents cariées, tandis que dans le royaume de

Saxe, où l'allaitement se fait presque partout artificiellement, la proportion monte à 20 o/oo. Selon lui, les diverses variétés de pain sont un facteur important. Dans les contrées où l'on mange un pain dur, les dents sont meilleures et les gencives plus fermes. La teneur du sol en sel calcaire a aussi son importance ; les eaux provenant d'un sol peu riche en produits calcaires prédisposent le système dentaire à la carie.

Lipschitz, de Berlin, lit un court mémoire sur la statistique des anesthésies pratiquées au cours de l'année par les membres du *Central Verein*, et fait la classification des 9.885 anesthésies avec les résultats comparatifs qu'elles ont données.

Maner, de Breslau, parle ensuite des moyens de rétention divers des émaux et expose sa méthode de rétention au moyen de crampons. La liste des communications s'épuise avec Sternfeld, de Munich, qui présente une collection extrêmement curieuse et variée d'anomalies dentaires.

Dans la soirée avaient lieu à l'École dentaire de l'Université de Munich les démonstrations pratiques que nous avons été surpris de voir assez peu nombreuses comparativement aux communications orales.

Niericker, de Zurich, présente un masque dont il donne la description et fait avec ce dernier quelques anesthésies au chlorure d'éthyle.

Le professeur Walkhoff, de Munich, expose ses idées sur l'insensibilisation de la dentine et présente un appareil qui doit agir efficacement.

Maner, de Breslau, présente un ciment pour la fixation des pivots et couronnes, offrant l'avantage de pouvoir se ramollir au contact de la vapeur d'eau et permettant d'enlever presque d'une façon indolore et sans les endommager tout ce qui a été scellé par ce moyen.

Wallenberg, de Berlin, fait une chloroformisation avec un masque de son invention dont il donne la description.

Le D[r] Roy présente la série des travaux de 1[re] année exécutés par les éléves de l'école dentaire de Paris d'après une méthode graduée débutant par le dessin anatomique et se terminant par l'exécution des divers traitements et obturations sur l'appareil fantôme.

Le D[r] Miller, de Berlin, termine les séances du Congrès par une longue et intéressante conférence sur l'immunité contre la carie dentaire. Le D[r] Miller parle de l'immunité de certains individus contre certaines maladies. N'y aurait-il pas pour les affections dentaires une immunité spéciale, puisque certains individus vivant dans les mêmes conditions que leurs cohabitants, sont indemmes de toute lésion, alors que souvent les soins hygiéniques les plus élémentaires ont été négligés ? Les expériences faites par l'auteur au sujet du

pouvoir bactéricide de la salive lui ont toutes donné des résultats négatifs. Warnekros, de Berlin, pense que la nourriture joue un grand rôle. La race nègre est, on le sait, très réfractaire à la carie ; en Égypte, l'auteur a trouvé dans une école fréquentée exclusivement par de jeunes Arabes que les dents qui leur restaient étaient indemnes de carie, tandis que les enfants ayant encore leur dentition de lait en étaient atteints dans les mêmes proportions que chez nous.

Pour terminer, le Congrès s'occupe des questions d'intérêt professionnel et M. Cohn, de Berlin, fait connaître les conclusions adoptées par le *Central Verein* au cours de sa réunion d'avril :

1° Les études dentaires doivent avoir une durée de huit semestres ;

2° Les études dentaires doivent se faire dans leur intégralité à l'Université ;

3° La question d'une demi-année de pratique entre les examens et la délivrance du diplôme est à considérer.

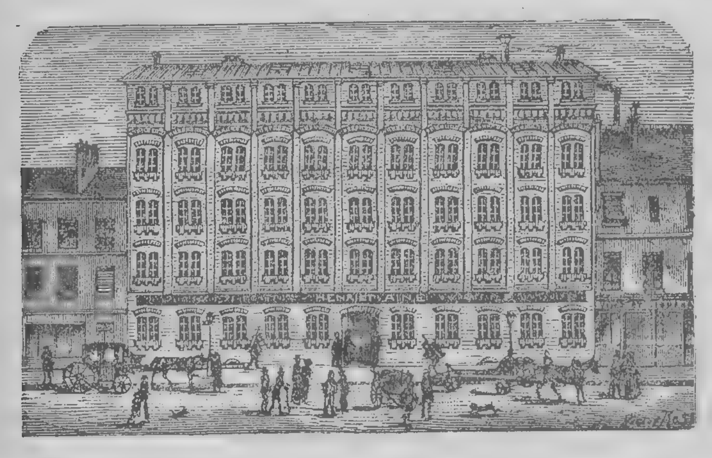
Un dîner officiel réunissait le soir à l'Hôtel de la cour de Bavière tous les Congressistes, et pendant toute la soirée la plus franche cordialité n'a cessé de régner parmi les convives. Le Dr Römer, dans un toast charmant, remercie avec chaleur les délégués de l'École dentaire de Paris et les assure que le *Central Verein Deutscher Zahnärzte* est très vivement flatté de la collaboration que veut bien leur apporter le Groupement de l'École dentaire de Paris ; il espère revoir ses collègues à toutes les réunions de la société et se félicite de l'appui moral et de la sympathie qui règne entre les confrères des deux nations, ce qui prouve encore une fois que la science n'a point de patrie. Le Dr Roy, dans une improvisation parfaite, le remercie de la cordialité avec laquelle ont été accueillis les délégués de France, et félicite le président de la Société des résultats obtenus au cours de la dernière année ; il se fait un plaisir de témoigner dans cette assemblée toute la sympathie que les dentistes français portent au *Central Verein Deustcher Zahnärzte* et termine en disant qu'il sera heureux que des liens plus étroits encore resserrent les confrères de toutes les nations pour relever et ennoblir dans le monde entier la profession qui nous est chère à tous.

On se sépara, en se donnant rendez-vous à Berlin, où doit avoir lieu la 42e réunion en 1903.

A VENDRE OU A LOUER

EN PARTIES OU EN TOTALITÉ

BELLE ET IMPORTANTE USINE

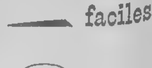


PROPRE A

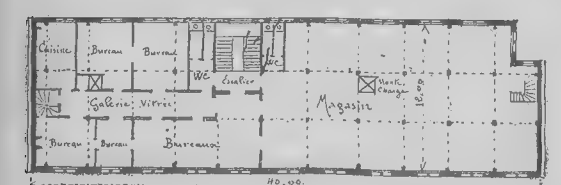
Toute industrie

Quartier ouvrier

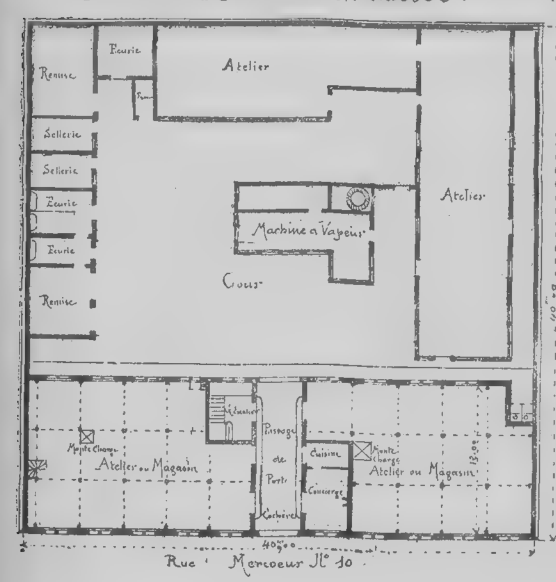
Communications faciles



Plan du 2e Etage.



Plan du Rez-de-Chaussée.



Rue Mercoeur No 10

Superficie totale : 1608 mètres

BATIMENT PRINCIPAL

40 m. de façade sur 12 m. de profondeur

Pour visiter s'adresser sur les lieux,

10, rue Mercœur

(Bd Voltaire, XIe Arr.)



POUR LES CONDITIONS,

Écrire à M. PAPOT

45, rue de La Tour-d'Auvergne

PARIS



CORRESPONDANCE

Monsieur le Président de la Fédération dentaire nationale,

Lisant dans les travaux de la Fédération dentaire, l'intéressant rapport de M. Ducournau qui a trait aux soins nécessaires à donner aux enfants dans les écoles, je songe à vous signaler une autre classe d'enfants, qui tout en se rapprochant des élèves des écoles, puisque l'instruction est obligatoire pour eux aussi, n'est ni moins intéressante ni moins négligée au point de vue, hygiène dentaire.

Je veux parler des pupilles de l'Assistance publique. Ces enfants dès leur naissance sont mis en nourrice, et la santé de leur enfance est alors très surveillée par tout le personnel médical de l'Assistance. Les parents nourriciers sont tenus de faire suivre l'école à ces enfants, qu'ils suivent tant bien que mal. Puis, après l'âge du certificat d'études, ils se trouvent disséminés dans la vie et la surveillance médicale s'éloigne ; au point de vue dentaire elle n'existe pas et ce n'est pas dans leur famille adoptive ou chez les personnes les employant généralement qu'ils ont appris ou apprendront les principes d'hygiène dentaire, puisque la plupart du temps ces personnes les ignorent elles-mêmes.

Moi-même, depuis une dizaine d'années, je donne mes soins désintéressés à cette classe d'enfants et suis à même de constater l'état désastreux dans lequel se trouve presque toujours leur dentition.

L'Assistance publique fait donner, sans compter, les soins médicaux à ses pupilles par des médecins nommés à cet effet sous les auspices d'un directeur régional : malheureusement le service dentaire est totalement oublié et ces enfants, la plupart du temps pour éviter le déplacement et les pertes de temps, s'adressent sur place à des gens ayant plus ou moins qualité pour les soulager, et ne pratiquant que l'extraction, les autres soins étant chose inconnue.

Il est vrai qu'il serait difficile d'assurer à ces pupilles une inspection dentaire régulière dans leurs lieux d'habitation, à cause de la distance où ils se trouvent les uns des autres, et de la perte de temps que cette inspection demanderait au praticien ; mais, tout au moins, les soins urgents pourraient leur être donnés par un chirurgien-dentiste nommé et rétribué par l'Assistance et habitant la ville du directeur régional.

Ce service pourrait être assuré à l'aide d'un bon médical délivré

soit par le médecin, soit par le directeur, le livret individuel de chaque enfant mentionnant les soins donnés, par le chirurgien-dentiste.

Tout enfant serait tenu de se présenter au moins une fois dans l'année au cabinet du praticien désigné.

En résumé, j'ai l'honneur, monsieur le Président, de vous prier de bien vouloir prendre en considération ce vœu :

« *Que le service dentaire soit assuré aux enfants assistés par un praticien nommé à cet effet.* »

BRODHURST.

Novembre 1902.



SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale annuelle.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France avait convoqué ses adhérents en un dîner amical qui a eu lieu le samedi 13 décembre au *Dîner Français*, sous la présidence de M. Fontenau, chef adjoint du secrétariat du cabinet de M. Trouillot, ministre du Commerce.

Quatre-vingts convives environ avaient répondu à l'appel du syndicat. A la table d'honneur, aux côtés de M. Fontenau, on remarquait MM. Ronnet, ancien président ; Bonnard, président ; Paulme, vice-président ; Bruel, secrétaire général ; Guillot, secrétaire-adjoint ; Rollin, trésorier ; Fabre, archiviste et la plupart des membres du Conseil du syndicat ; Mes Worms et Justal, avocats conseils ; MM. Godon, directeur, et Martinier, directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

Au dessert, M. Bonnard, en une allocution vibrante, après avoir remercié M. le Ministre du Commerce et M. Fontenau, expose le but du syndicat : « Nous nous défendons, dit-il, nous n'attaquons pas ». M. le chef de cabinet, en une improvisation charmante, apporte les regrets de M. le Ministre empêché, et dit combien il est heureux de le remplacer à la présidence de cette fête familiale ; n'étant pas membre du gouvernement, il n'a pu avoir le plaisir d'apporter des récompenses bien dues à quelques membres du syndicat et il en exprime ses regrets ; mais il laisse espérer que la promotion de janvier réalisera les vœux qui lui ont été formulés.

Après le dîner commence l'assemblée générale sous la présidence de M. Bonnard.

M. Paulme, au nom de M. Bruel, lit le compte rendu des travaux de l'année, puis M. Rollin expose la situation financière. Ces deux rapports sont approuvés.

M. Rouzée, dans un consciencieux rapport, étudie la situation des mécaniciens-dentistes vis-à-vis de la loi de 1892 ; il cite tout ce qui a été dit à ce propos dans la presse professionnelle et rappelle les discussions du Sénat entre MM. Cornil, rapporteur ; Brouardel,

commissaire du gouvernement et Blavier, sénateur, et termine en concluant que les mécaniciens-dentistes n'ont aucun droit à l'exercice professionnel.

Ces conclusions soulèvent une très vive discussion à laquelle prennent part MM. Baudet, Friteau, Godon, Quincerot, Ronnet, Meyenroch, Hugot, Martinier, Stévenin, Bonnard, etc.

M. Godon expose le point juridique de la question : les mécaniciens, dit-il, ont incontestablement le droit de prendre des empreintes et de poser des appareils, ce qu'ils n'ont pas le droit de faire, c'est la préparation de la bouche, l'extraction, le limage des racines, etc.

M. Martinier soutient la même opinion, mais à un point de vue plus sentimental.

M. Bonnard combat vivement cette manière de voir, mais il est minuit et demi et nous nous retirons alors que la discussion se poursuit.

En résumé charmante fête, mais qui aurait gagné à être divisée en deux : banquet amical un jour, assemblée générale un autre jour.

E. P.

P.-S. — Le Syndicat a adopté les conclusions du rapport de M. Rouzée et émis le vœu que les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires de la loi, soient seuls autorisés à poser des appareils de prothèse dentaire et à procéder aux opérations préliminaires à cette pose, telles que extractions, soins des dents, limages et prises d'empreintes, *à l'exclusion des mécaniciens-dentistes*. Il donne pleins pouvoirs à son Conseil d'administration pour poursuivre la réalisation de ce vœu.



NÉCROLOGIE

M. PINARD.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Pinard, adjoint depuis 1896 au maire du IXe arrondissement, qui faisait partie du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris. Il avait fréquemment assisté aux séances de réouverture des cours et portait, comme le professeur Pinard, un vif intérêt à l'institution.

M. Pinard, qui était pharmacien, 36, rue des Martyrs, est décédé subitement, à son domicile, au moment où il s'habillait pour recevoir des amis qu'il avait invités à dîner. Il était né en 1845, dans une petite commune du département de l'Aude. Venu à Paris à l'âge de dix-huit ans, il entra comme garçon dans la pharmacie de la rue des Martyrs, dont il devait, à force de travail, devenir le titulaire et le propriétaire. Il s'était particulièrement attaché aux œuvres d'assistance, d'instruction et d'hygiène de l'arrondissement. Il avait trois frères, également fils de leurs œuvres, dont l'un est professeur à la Faculté de médecine, l'autre pharmacien boulevard Malesherbes, et le troisième chirurgien-dentiste. M. Pinard était un républicain de la veille.

Ses obsèques civiles ont eu lieu lundi matin à huit heures. Suivant ses dernières volontés, exprimées par écrit, il n'a pas été envoyé de lettres de faire part. Il a demandé le corbillard des pauvres. Sa dépouille, conformément à son désir, a été incinérée.

L'Ecole dentaire de Paris, qui perd en M. Pinard un de ses admirateurs et un de ses appuis, était représentée à ses obsèques par son directeur M. Godon.

Le Conseil d'administration adresse à la famille du défunt ses très sincères condoléances.

M. RONNET

Nous avons appris avec peine la mort de M. Ronnet, frère de notre sympathique confrère M. Alfred Ronnet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et père de M. A.-H. Ronnet, chef de clinique à la même école.

Nous exprimons nos sincères condoléances à la famille du défunt.

La Rédaction.





PROPOS D'UN PARISIEN

Dans l'un de ses spirituels « Propos d'un Parisien » *M. H. Harduin du* « Matin » *s'exprimait ainsi :*

Un lecteur m'écrit : « Avez-vous eu la curiosité d'aller voir un bureau de percepteur de Paris en ce moment ? »

Non, je n'ai pas eu cette curiosité. Je considère le percepteur comme un dentiste. Quand il m'a arraché une dent, ce qui arrive une fois par an, je ne m'amuse pas à aller le regarder arracher celles des autres, et emploie plus agréablement mon temps.

Un de nos amis nous communique la lettre qu'il lui a écrite à ce sujet :

Jeudi, 6 novembre 1902.

A Monsieur H. Harduin, rédacteur au journal *Le Malin.*

Cher Monsieur,

Lecteur assidu du *Matin* depuis plusieurs années, j'y suis avec beaucoup de plaisir vos si intéressantes et si spirituelles chroniques.

J'admire avec quel talent vous commentez les événements du jour et la forme ironique et plaisante sous laquelle vous attaquez les ridicules et les préjugés de notre époque.

Je me promettais de profiter de ma première rencontre avec vous chez des amis communs pour vous féliciter. Lorsque, ce matin, j'ai lu votre chronique sur les percepteurs, un passage a considérablement refroidi mon enthousiasme, je ne puis vous le cacher.

J'ai été étonné d'apprendre qu'au xxe siècle un « Parisien » comme vous pouvait être encore victime d'un préjugé dont sont débarrassés depuis longtemps les provinciaux les plus arriérés.

Eh quoi ! vous que l'on a vu sur tant de questions faire montre d'opinions qui appartiennent plutôt à l'avant-garde, vous en êtes en core à *vous faire arracher une dent lorsqu'elle est malade, et cela une fois par an !* Quels principes destructeurs pour votre pauvre mâchoire et combien ils sont limités dans leur application : vous en auriez pour trente-deux ans à peine, et encore il faudrait que la nature inutilement prévoyante vous eût doté de vos quatre dents de sagesse !

Avec ce système, vous aurez, jeune encore, des mandibules de

vieillards, et le faciès de Voltaire à quatre-vingt-dix ans, sans compter les complications du côté de l'estomac, les dyspepsies, les gastrites, etc... pour mastication insuffisante.

Vous ignorez donc le proverbe en honneur maintenant chez les dentistes: « N'arrachez plus, guérissez », et la chanson populaire :

Vaut mieux s'la faire plomber que s'la faire arracher.

Vous ignorez donc tous les progrès de l'art dentaire, la loi du 30 novembre 1892, les écoles et les études dentaires, et le mouvement de réforme qu'elles ont provoqué ?

Vous ignorez donc enfin qu'il faut aller chez le dentiste au moins une fois par an, non pour se faire arracher une molaire suivant la thérapeutique d'Ambroise Paré, mais pour se faire examiner avec soin son système dentaire, se le faire nettoyer, gratter, s'y faire obturer les fissures et les cavités qui y a creusées la carie, et remplacer les dents absentes par des couronnes artificielles en or ou en porcelaine, toutes opérations maintenant sans douleur grâce à l'anesthésie locale ou générale ?

Et, si vous l'ignorez, il est fâcheux que vous contribuiez, par la grande publicité du *Malin*, à répandre cette erreur dans le public.

Vous donnez également à vos lecteurs étrangers une fâcheuse opinion sur l'art dentaire français ; vous portez ainsi à une corporation honorable de votre pays un grave préjudice.

Vous allez vous mettre à dos les écoles dentaires. De sorte que, si vous persistez dans votre affreux système, vous serez obligé pour vous offrir votre extraction annuelle d'aller chercher des dentistes à Berlin !!!

Ainsi ayant pitié de vous, j'ai voulu appeler votre attention sur le mauvais cas dans lequel vous vous êtes placé. Allons ! pour le public, pour les dentistes et pour votre réputation de Parisien généralement bien renseigné, donnez-nous une bonne petite rectification spirituelle comme vous savez les faire et croyez-moi malgré tout votre reconnaissant lecteur.

Dr N. H.,
Chirurgien-dentiste.



Mariage de Mlle Ronnet.

Le mariage de Mlle Marthe Ronnet, seconde fille de notre confrère M. Alfred Ronnet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Jules Raget, a été célébré le jeudi 11 décembre à l'église N.-D. des Victoires.

Un grand nombre de confrères assistaient à la cérémonie, heureux de venir apporter leurs félicitations aux jeunes époux et de donner à M. Ronnet un témoignage d'estime.

La plupart des membres du Corps enseignant et du Conseil d'administration y étaient présents.

Le Comité de rédaction de *L'Odontologie* adresse ses vœux de bonheur au jeune couple.

La Rédaction.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons que par arrêté du 15 novembre, les palmes d'officier d'académie ont été décernées à M. le Dr Julien Tellier, chirurgien-dentiste à Lyon. Nous adressons toutes nos félicitations à notre distingué confrère.

Réception du 1er janvier.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire recevra, à l'Ecole, le jeudi 1er janvier 1903, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin.

Demandes d'admissions dans la Société.

MM. Hachet (Alix), présenté par MM. Lemerle et Masson.
Miegeville, présenté par M. Papot.
Touchard, présenté par M. Papot.
Bercut, présenté par MM. Godon et Richard-Chauvin.

Les réunions professionnelles d'avril 1903.

F. D. N. — F. D. I. — Congrès de Madrid.

Dans une récente réunion du bureau de la Fédération dentaire nationale, il a été décidé qu'une session aura lieu à Paris avant le Congrès de Madrid.

Voici le programme adopté :

Vendredi 17 *avril.* — 5 heures du soir. Séance du bureau du Comité exécutif à l'École Odontotechnique.
7 heures. — Dîner facultatif. — Restaurant Lapeyrouse.
9 heures. — Punch offert aux délégués à l'Ecole Odontotechnique.

Samedi 18 *avril.* — 9 heures du matin. — Séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie de Paris et la Société Odontologique de France à l'Ecole dentaire de Paris.
2 heures. — Assemblée générale à l'Ecole Odontotechnique.
7 heures. — Banquet.

Dimanche 19 *avril.* — 9 heures du matin. — 2e séance de démonstrations pratiques.
Midi. — Départ pour Madrid.

Mardi 21 *et mercredi* 22 *avril.* — Séances de la Fédération dentaire internationale.

Jeudi 23 *avril.* — Ouverture du Congrès.

Association des dentistes du Canada.

Le 2e Congrès biennal de l'Association des dentistes du Canada aura lieu à Toronto, en 1904, immédiatement avant le Congrès de Saint-Louis. Rappelons que notre excellent collaborateur, M. Eudore Dubeau, est vice-président de ce Congrès.

Cette Association a été formée tout récemment pour réunir les Associations des diverses provinces.

Avis.

Nous rappelons aux membres de l'Association générale des dentistes de France qui désirent adhérer à la Société coopérative des dentistes de France qu'ils peuvent adresser les demandes d'actions au *Président de cette Société*, 45, *rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris.* — Somme à verser par action souscrite : 26 francs (savoir : 25 francs

appelé sur un capital nominal de 100 francs, plus 1 franc pour droit d'enregistrement et de poste).

Un très petit nombre d'actions peuvent encore être cédées par des membres fondateurs au prix d'émission ci-dessus. Après l'inventaire de fin d'année qui aura lieu le 31 décembre prochain, ce prix sera majoré en raison de la somme qui sera versée à la réserve légale : nous engageons donc les futurs coopérateurs à se hâter s'ils veulent encore profiter des conditions actuelles.

LE PILORI

AUX MÉDECINS :

Médecin-dentiste connu, établi luxueusement dans quartier de l'Opéra, ayant clinique dans quartier populaire, offre une partie de ses honoraires à ceux de ses confrères qui voudront bien le recommander à leur clientèle.

Ecrire pour avoir nom et adresse à M......

(Extrait d'un procès-verbal de la Société médicale du 6e arrondissement.)

UNE ENSEIGNE ACADÉMIQUE.

Copié textuellement sur le panneau d'une voiture, à la foire de Nérac.

M. A... P...

Mr Chirurgien-Dentiste

Cabinet à T.....

Fait l'extraction des dents sans douleurs, le netoiyage (sic) de la bouche et cautérise les dents carriées (sic).

Soins de la bouche.

Guérit les maladies des yeux et de la moelle épinière. — Opère et détruit les loupes à la Tette (sic), au cou, etc.

Guérit de la Surdité, opère et détruit les cors aux pieds, les oignons, les verrues, etc.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } **45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**

Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot............. }

22e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1902 VOL. XXVIII



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE CLASSIFICATION DANS LES MALOCCLUSIONS DENTAIRES

Par M. B. KRITCHEVSKY (de Paris) M. D., D. D. S.

A la suite d'un échange d'opinions sur un cas d'occlusion vicieuse qui s'est présenté chez le Dr Sauvez et sur les conseils de ce dernier, je me suis décidé à exposer dans un rapide résumé les principes et idées admis à présent dans la science sur les malformations dentaires et leur classification.

On sait combien une nomenclature exacte et une classification logique facilitent toute étude ; cela est d'autant plus important dans l'orthodontie, où une définition exacte des malformations est déjà une indication pour leur traitement. Or, jusqu'à ces derniers temps nous n'avions pas de classification facile et compréhensible nous donnant la possibilité de nous reconnaître dans tous les cas de notre pratique. Chaque cas a été décrit séparément et deux auteurs différents, parlant du même cas, lui donnaient des noms dissemblables, ce qui produisait une confusion dans l'esprit et rendait fort difficile l'étude de l'orthodontie. Le nombre considérable des appareils inventés pour chaque cas y contribuait également pour une large part.

En 1899 parut dans le *Dental Cosmos* un article du Dr Angle, de Saint-Louis (Amérique) qui changea cet état de choses. Le Dr Angle donna non seulement un nom exact et très simple à chaque cas pathologique, mais encore fit une classification très ingénieuse de ces cas. Comme cette classification a pour objet l'étude des malformations et l'écart du type normal de l'articulation de la mâchoire et de l'occlusion dentaire, il est de toute nécessité de faire précéder cet exposé d'un aperçu plus ou moins détaillé des points les plus importants de nos connaissances actuelles sur l'anatomie et la physiologie de l'articulation temporo-maxillaire et c'est ce que j'ai fait dans mon article primitif et que je me propose de répéter dans mon article imprimé.

Mais comme le temps nous manque et comme l'anatomie et la physiologie normale de l'articulation temporo-maxillaire sont le sujet d'une communication qui sera faite par mon ami M. Choquet et d'autres, qui certainement ne manqueront pas de la faire mieux que moi, j'aborde pour le moment directement mon sujet.

Quand nous rencontrons une occlusion vicieuse, il faut tout d'abord porter le diagnostic exact du vice. Une fois le diagnostic exact nettement posé, les éléments du traitement s'imposent aussitôt. Nous savons comment doivent se présenter l'arcade et l'occlusion normales, nous connaissons les mouvements que toutes les deux peuvent subir et c'est sur ces deux considérations qu'on doit diriger le choix de l'appareil. Nous éviterons, grâce à cette conduite, des extractions inutiles et souvent nuisibles, auxquelles on procéde actuellement lorsqu'on ne se base pas sur les principes scientifiques.

L'importance de l'occlusion correcte une fois établie, nous chercherons à rétablir cette occlusion dans tous les cas d'occlusion vicieuse. C'est aussi l'écart de cette occlusion normale qui nous servira de base dans notre classification des occlusions vicieuses. Cette classification, proposée par le Dr Angle, fait de l'orthodontie presque une science exacte et la tire de la confusion dans laquelle elle se trouvait jusqu'ici.

Ligne d'occlusion.

Lorsqu'on veut porter le diagnostic d'un cas d'occlusion vicieuse, on doit toujours avoir dans l'esprit la ligne d'occlusion normale ; cette ligne, sur le parcours de laquelle les dents correspondantes des deux mâchoires sont le plus en contact, est une courbe parabolique passant par les surfaces inclinées distales et médianes des cuspides buccales des molaires et prémolaires, le bord coupant des canines et incisives des dents inférieures, le milieu du sillon formé par les cuspides buccales et linguales des molaires et prémolaires supérieures, se dirigeant ensuite un peu en avant en coupant les tubercules qui se trouvent sur la face linguale de la canine supérieure et sur la surface linguale des incisives à la distance d'un tiers à partir du bord coupant.

Cette ligne d'occlusion varie un peu selon la race, le type, etc., de chaque individu, et doit être déterminée dans chaque cas d'occlusion vicieuse après une étude soignée de la figure, de la ligne faciale et de la forme des dents.

Nomenclature de l'occlusion vicieuse.

Toutes les dents qui se trouveront en dehors de cette ligne d'occlusion seront dans une position de mauvaise occlusion et chaque dent en particulier peut se trouver dans une des sept formes d'occlusion vicieuse ou même dans une combinaison de plusieurs de ces sept formes.

Une nomenclature définie est nécessaire en orthodontie aussi bien qu'en anatomie. Les termes qui désigneront les différentes formes d'occlusion vicieuse doivent être si précis qu'ils donnent tout de suite une idée nette du cas présent.

Ainsi une dent placée hors de la ligne d'occlusion peut se trouver dans une occlusion :

1) Buccale ou labiale ;

2) Linguale quand elle est dans l'intérieur de la ligne d'occlusion ;

3) Médiane si elle est placée plus médianement que dans l'état normal ;

4) Distale dans le cas contraire ;

5) De rotation quand la dent est tournée sur son axe;

6) Infra-malocclusion quand elle n'est pas suffisamment sortie de l'alvéole;

7) Supra-malocclusion dans le cas contraire.

Ces différentes formes d'occlusion vicieuse peuvent présenter différents degrés à partir de la plus petite déviation de l'occlusion normale jusqu'à une malformation complète qui donne souvent à la figure du malade un air repoussant.

Classification d'occlusions vicieuses.

Comme on voit, il y a sept positions différentes que les dents peuvent occuper dans une malformation et ces sept positions avec leurs variations peuvent donner un nombre infini de combinaisons qui sont pour l'observateur attentif tellement distinctes les unes des autres qu'il ne trouve aucune ressemblance entre elles. Le manque de principes généraux a fait naître l'idée d'inventer et de construire des appareils spéciaux pour chaque cas, vu le peu de ressemblance apparente des cas entre eux. Cela n'est pas nécessaire, car heureusement tous les cas de malformation peuvent être réduits à quelques formes bien définies, de même qu'on a classé les plantes, les animaux et les éléments chimiques, et, quand on a bien appris les caractères distinctifs de l'occlusion et la ligne faciale de chaque classe, le diagnostic de chaque cas donné est fort simplifié.

Pour porter le diagnostic d'un cas d'occlusion vicieuse, la première chose à considérer est la relation médio-distale des deux arcades dentaires, puis la position individuelle de chaque dent.

Pour déterminer l'occlusion médio-distale des arcades, il faut certainement prendre en considération toutes les dents des deux mâchoires, mais pour plus de commodité on peut se servir des deux points principaux suivants :

1) Les cuspides des canines supérieures entrent dans l'interstice des canines (inférieures) et premières petites molaires

inférieures. Ainsi, une ligne droite passant par la surface labiale des canines supérieures et les coupant en deux rencontrera cet interstice.

2) La cuspide médio-buccale de la première grosse molaire supérieure entre dans le sillon formé par les cuspides médio-distales buccales des premières grosses molaires inférieures.

Ici, de même, une ligne qui passe par la cuspide médio-buccale de la première grosse molaire supérieure divisera les deux cuspides de la première grosse molaire inférieure.

Ces deux points bien présents à l'esprit, nous pouvons trouver les classes suivantes d'occlusion vicieuse.

Classe I. Les deux arcades sont en position médio-distale, c'est-à-dire normale. Généralement la première grosse molaire est dans l'occlusion normale, bien qu'une ou même plusieurs dents puissent être dans la position linguale ou buccale. Cette classe est la plus nombreuse et elle comprend toutes les difformités, depuis la plus simple inflexion d'une incisive sur l'autre jusqu'aux déformations les plus complexes entraînant dans une fausse position toutes les dents des deux arcades.

Classe II. Relation médio-distale anormale de deux arcades dentaires : toutes les dents du bas sont en occlusion distale, en produisant une absence d'harmonie dans la région des incisives et dans la ligne faciale. Cette classe présente deux divisions dont chacune a une subdivision.

1° La première division est caractérisée par l'arcade supérieure comprimée par l'allongement et la propulsion en avant des incisives supérieures, le tout accompagné de la fonction anormale des lèvres, de l'obstruction nasale et de la respiration par la bouche. La subdivision consiste dans la difformité moins prononcée avec malocclusion distale, unilatérale seulement. Les sujets porteurs de cette difformité respirent également par la bouche ;

2° La deuxième division se caractérise par des arcades moins comprimées, par l'inclinaison linguale des incisives et par une ligne faciale plus ou moins irrégulière.

La fonction des lèvres et du nez est normale. La subdivision est aussi caractérisée par une occlusion distale, mais unilatérale, l'autre côté restant normal.

Classe III. La relation des mâchoires est anormale. Toutes les dents d'en bas sont en relation médiane avec les dents d'en haut avec la distance d'une petite molaire ou même plus, dans les cas de difformité trop prononcée.

La position des dents dans cette classe est très variable, depuis une position des dents à peu près correcte jusqu'à l'irrégularité extrême, surtout dans l'arcade supérieure. Généralement nous trouvons une inclinaison linguale des incisives et des canines inférieures et cet état s'aggrave avec l'âge, en raison de la compression par les lèvres pendant l'occlusion de la bouche.

Cette inharmonie dans les dimensions de l'arcade est généralement causée par le développement inégal des os maxillaires. L'angle de la mâchoire inférieure est dans ces cas plus obtus qu'à l'état normal. Cet état peut également résulter du développement exagéré du corps du maxillaire inférieur. On trouve aussi des cas où la mâchoire inférieure est normale et la propulsion provient alors de la fausse position de l'articulation temporo-maxillaire, qui est plus antérieure qu'à l'état normal et il est possible que ce changement soit dû au glissement du condyle en avant, qui modifie sa position dans la cavité glénoïde, ce qui est démontré par la possibilité de faire le redressement au moyen du saut de l'articulation.

Dans les cas de malocclusion de cette classe la difformité de la ligne faciale est très prononcée.

Cette classe comprend aussi une subdivision dont les caractères généraux consistent dans la malformation moins prononcée et la localisation unilatérale. Dans cette classification rentrent tous les cas qu'on peut rencontrer dans la pratique, quoiqu'on puisse ajouter encore les cas très rares, il est vrai, où un côté est en occlusion médiane et l'autre en occlusion distale. Il résulte de cette classification que chaque côté latéral doit être considéré comme un cas distinct.

Il peut se présenter des cas où les cuspides articulent par opposition directe, si bien qu'on peut croire avoir affaire aux deux classes d'occlusion à la fois ; mais après un examen plus attentif on constatera que la plupart des plans inclinés se rapprochent de l'une ou de l'autre de ces deux classes.

La perte d'une dent par extraction ou par accident avec changements consécutifs dans la position des dents complique et le diagnostic et le traitement. Un examen attentif et approfondi s'impose dans tous ces cas.

En résumé:

Classe I. Position relative des deux arcades dentaires médio-distale normale. La maloclusion se rencontre généralement dans les dents antérieures.

Classe II. Propulsion de la mâchoire supérieure. Les dents inférieures sont dans une occlusion distale.

Division 1.

A. L'arcade dentaire supérieure est comprimée latéralement, les dents antérieures sont allongées et projetées en avant, la fonction normale des lèvres et du nez est compromise, la respiration se fait par la bouche.

B. Mêmes phénomènes que dans A, mais d'un côté seulement, l'autre côté restant normal, la respiration se fait également par la bouche.

Division 2.

A. La compression latérale de l'arcade supérieure est peu prononcée. Les incisives s'entassent l'une sur l'autre, elles s'inclinent dans le sens lingual. La fonction nasale et labiale est normale.

B. Mêmes phénomènes que dans A, mais atteignant un côté seulement, l'autre côté restant normal. Fonctions nasales et labiales normales.

Classe III. A. Propulsion de la mâchoire inférieure, occlusion médiane des dents inférieures, incisives et canines inférieures inclinées dans le sens lingual.

B. Même chose que dans A, mais d'un côté seulement, l'autre côté restant normal.

Sur mille cas de malocclusion examinés par le Dr Angle, la proportion relative de ces trois classes se présente comme suit :

Classe I	692
Classe II	
Division 1	90
Subdivision	34
Division 2	42
Subdivision 2	100
Classe III	34
Subdivision	8
	1.000

Nous avons déjà remarqué quelle influence exercent les lèvres, les joues et les plans inclinés des cuspides des dents sur la formation de la malocclusion. Si ces agents ne sont pas surveillés et dirigés pour nous aider dans la correction de la malocclusion, ils maintiennent la difformité quand elle est formée. Ceci doit être pris en considération lorsqu'on entreprend un redressement et il faut souvent employer une force beaucoup plus considérable pour contrecarrer l'action de ces agents, qui dans une occlusion normale servent à maintenir la régularité et dans une malocclusion maintiennent de même l'irrégularité.

Il ne faut pas dans les cas de malocclusion compter sur une correction spontanée ; la nature ne peut intervenir d'une façon utile lorsque la malocclusion est déjà constituée.

Ligne faciale normale.

Il n'y a pas une branche de notre art où l'on puisse avoir une action aussi efficace que dans l'orthodontie, où, en changeant la position vicieuse des dents et même des mâchoires, on peut obtenir un changement de la ligne faciale tel que la figure se trouve complètement transfor-

mée et, de repoussante qu'elle est souvent, devient d'une régularité se rapprochant de l'idéal. En présence d'un cas de redressement, il est nécessaire de prendre en considération non seulement la position vicieuse des dents dont nous avons déjà parlé, mais encore la déformation que cette position imprime à la figure. Et à cet effet il est bon d'avoir présente à l'esprit la ligne faciale idéale telle que nous l'a léguée l'art ancien.

A notre époque il est rare de trouver une figure qui soit parfaite; il y a certainement des beautés, mais on peut toujours leur trouver quelques imperfections et, si nous prenons comme idéal la figure d'Apollon, chaque trait y est d'une telle perfection que, si l'on changeait d'un millimètre seulement la longueur du nez de ce dieu, sa beauté ne serait déjà plus idéale.

Les caractères généraux d'une figure idéale sont les suivants : lèvre supérieure courte, un peu proéminente et bien courbée, la lèvre inférieure moins proéminente, avec une dépression bien marquée à la base, ce qui forme la rondeur du menton et lui donne l'expression. Ces caractères de la partie inférieure de la figure sont des éléments de beauté constants. La différence entre la figure du type grec et celle du type moderne réside seulement dans la partie supérieure, la partie inférieure restant toujours identique.

Si nous prenons le profil d'Apollon et si nous menons une ligne droite partant du point le plus proéminent du front au menton, cette ligne coupera l'aile de la narine en son milieu. Cette ligne réunissant les trois points principaux de la figure est appelée la ligne de l'harmonie.

C'est cette ligne qui peut aider dans une large mesure notre diagnostic, de même que la ligne d'occlusion normale doit nous guider dans le diagnostic d'une occlusion vicieuse. Tout récemment le Dr W. O. Falbon a donné quelques autres règles pour trouver l'harmonie de la figure. Les données demandent encore nombre d'expérimentations pour être probantes, et l'auteur lui-même reconnaît qu'il n'avait pas fait un nombre suffisant d'expériences.

Mais si elles sont exactes, elles peuvent nous aider beaucoup pour déterminer si les déformations siègent à la mâchoire supérieure ou inférieure; s'il s'agit d'un développement exagéré de la mâchoire supérieure ou d'un manque de développement de la mâchoire inférieure ou *vice versa*.

Cet auteur constate que dans une occlusion normale on trouve la ligne d'harmonie et cette ligne passe par les proéminences frontales et mentonnière et par le milieu de l'aile du nez. En prenant comme centre d'une circonférence le condyle du maxillaire inférieur la circonférence sera délimitée par les trois points suivants :

1° La proéminence du menton ;

2° La proéminence du nez ;

3° Le point proéminent du front à peu près à 2 centimètres au-dessus des sourcils.

II. Quand les dents supérieures sont dans une position normale et les mâchoires développées normalement, on trouve que le point placé sur le bord coupant des incisives centrales et le point dans la concavité de l'os nasal sur le rebord nasal sont à égale distance du condyle de la mâchoire inférieure.

III. Lorsque la première mensuration est applicable et que la mensuration II ne l'est pas, la déformation siège dans la mâchoire supérieure.

S'il y a développement exagéré des molaires supérieures, en se rapportant à la mensuration II on voit que la distance de la racine du nez au condyle du maxillaire inférieur est plus petite que celle qui sépare le condyle du bord coupant des incisives centrales. Si, au contraire, la mâchoire supérieure n'est pas assez développée, cette distance sera plus grande et dépassera les incisives centrales.

IV. Quand la mensuration II est applicable et que la mensuration I ne l'est pas, la déformation siègera dans la mâchoire inférieure. S'il y a développement exagéré, en plaçant une pointe du compas sur le condyle et l'autre sur le point proéminent du menton, si l'on décrit une circonférence, ce point ne touchera pas la pointe du nez et passera

beaucoup plus haut sur le front et même dans les cas extrêmes ne touchera même plus le front. Si, au contraire, la mâchoire inférieure n'est pas assez développée, lorsqu'on place le compas de façon à ce qu'il repose sur le condyle d'une part et sur l'éminence frontale ou sur la pointe du nez de l'autre, il ne touchera pas le menton et le dépassera.

Dans la première mensuration les pointes se trouvant au centre des éminences frontales, celles du condyle du menton déterminent un triangle équilatéral.

Dans le cas d'une occlusion médio-distale, comme les dimensions IV varieront peu, on pourra déterminer l'occlusion vicieuse par l'examen de l'occlusion. Il est utile de se servir d'un compas à bouts arrondis et d'inscrire les dimensions dans le but de les comparer avec celles prises après la correction de la difformité.

Le Dr Davelle a préconisé l'emploi de ces mensurations pour définir certaines variations locales de la figure normale et le Dr Angle propose les termes *pro* et *sub* pour la définition du développement exagéré ou du manque de développement local.

Par exemple un excès de développement du bourgeon intramaxillaire sera appelé *pro-intramaxillaire*, la condition contraire *sub-intramaxillaire*.

Pour le maxillaire inférieur *sub-inférieur maxillaire*; *pro-inférieur maxillaire*.

La propulsion ou la rétropulsion du menton sera

Pro-mentale. } Développement.
Sub-mentale. }

Sub-dentale. } Développement.
Pro-dentale. }

Ces termes serviront à désigner protusion et rétrusion des dents et des lèvres.

Ces termes sont plus clairs pour un orthodontiste que les termes employés par les chronologistes : prothognathisme et orthognathisme, parce qu'ils nous indiquent la place exacte du vice.

(EXTRAIT)

NOTE SUR LES DIFFÉRENTES SORTES D'ARTICULATION DES DENTS ENTRE ELLES

Par J. Choquet,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

On a tout avantage, croyons-nous, à définir l'articulation dentaire de la façon suivante :

« Les rapports existant à l'état d'occlusion normale entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire correspondant. »

Une semblable définition ne risque pas d'entraîner une confusion forcée dans l'esprit de l'étudiant lorsqu'il lit par exemple la description de cette articulation donnée par Tomes.

Cet auteur dit en effet ceci :

Chez l'homme les dents s'élèvent toutes au même niveau, sans solution de continuité entre elles.

Si cette définition était vraie, un maxillaire supérieur pourvu de toutes ses dents, posé à plat sur une surface plane, devrait présenter les bords tranchants ou les cuspides de *toutes* ses dents avec cette surface plane.

Il n'en est pas ainsi et lorsque l'un vient à se trouver en présence d'un cas semblable, on peut dire que c'est une anomalie très rare, entraînant avec elle des altérations particulières des dents caractérisées par de l'abrasion mécanique et provenant :

1° Du genre d'alimentation de l'individu ;

2° Des mouvements de latéralité plus ou moins accentués pouvant exister pendant la mastication.

Cette ligne droite idéale, qui, d'après Tomes, devrait passer par toutes les pointes des cuspides des dents, n'existe donc pas, mais est remplacée par une ligne plus ou moins sinueuse partant de l'incisive centrale pour aboutir à la

troisième grosse molaire, ligne sinueuse, entraînant comme conséquence l'inclinaison en dedans, du côté lingual des dents du maxillaire inférieur au point où la courbe du maxillaire supérieur est le plus accentuée. Au maxillaire supérieur il y a au contraire projection du côté jugal des dents qui dépassent le plus la ligne droite envisagée par Tomes.

Si l'on considère les rapports des dents entre elles au point de vue axial, et que l'on prenne comme point de départ la base du maxillaire inférieur, on voit que chez les sujets non prognathes les incisives centrales considérées sur une de leurs faces latérales, soit la mésiale, soit la distale, sont perpendiculaires à la base de cette mâchoire.

Dans l'occlusion normale des dents les incisives correspondantes doivent présenter leur axe parallèle à l'axe de l'incisive inférieure.

Le second cas pouvant présenter, c'est l'articulation bout à bout dans laquelle les deux axes se confondent. Le troisième, c'est le brachygnathisme ou menton de galoche dans lequel le premier cas est retrouvé, mais dans l'ordre inverse.

Le quatrième cas, enfin, présente une déviation complète de l'axe des incisives supérieures qui, au lieu de recouvrir un tiers de la couronne des dents correspondantes, les cachent entièrement.

Si l'on vient donc à considérer simplement les dents de bouche au point de vue axial, on est forcé de reconnaître que les variations pouvant exister sur ces dents se répercuteront forcément sur les autres dents en entraînant des modifications plus ou moins grandes, se traduisant par une ligne plus ou moins sinueuse existant entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire correspondant.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Vendredi 8 août

SÉANCE DE SECTION A 9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. SAUVEZ, président.

M. Siffre fait une communication sur la MIGRATION PHYSIOLOGIQUE DES DENTS, SON RÔLE DANS LA CORRECTION DES IRRÉGULARITÉS DENTAIRES[1].

DISCUSSION.

M. Sauvez. — Je remercie M. Siffre de cette communication sur ce qu'il appelle le dynamisme buccal. Je l'engage à persévérer dans cette voie, car, à mon avis, pour la correction de ces irrégularités il faut surtout éviter les extractions et procéder par dilatation des maxillaires supérieurs et inférieurs.

M. Siffre. — La ligne articulaire de Magitot montre la position des dents supérieures et inférieures par rapport à cette ligne articulaire. Les dents inférieures sont inscrites dans cette ligne, qui est au contraire inscrite dans les dents supérieures ; par conséquent, si l'on dilate la mâchoire supérieure, cette ligne articulaire ne sera plus normale et il est plus simple, au point de vue théorique, de faire l'extraction d'une dent et la nature fait le reste.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général,
VICHOT.

---

1. Nous regrettons de ne pouvoir publier le texte de ce travail, qui ne nous a pas été remis.

Samedi, 9 août matin.

M. Kritchevsky lit une communication sur la NÉCESSITÉ D'UNE CLASSIFICATION DANS LES MALOCCLUSIONS DENTAIRES. *(Voir Travaux originaux, p. 669.)*

DISCUSSION.

M. Frey. — Je constate que dans la pratique le jeune praticien n'a pas d'idée générale et ne peut avoir de voie précise, tandis que le praticien plus ancien a vu beaucoup de cas et se crée une ligne de conduite pour la réduction de toutes ces irrégularités et remarque qu'il n'existe pas d'idées générales.

Certains points de la communication de M, Kritchevsky présentent peu de clarté, notamment la déviation des mâchoires et des dents et la déviation mixte qui sont un peu mélangées. Je remercie M. Kritchevsky dont le procédé de mensuration permettra un diagnostic certain.

M. Sauvez. — Il y a lieu de remarquer l'importance croissante que l'on donne à l'étude de toutes ces malformations dentaires dans certaines écoles spéciales et je loue M. Kritchevsky d'avoir été chercher dans l'antiquité, dans les chefs-d'œuvre anciens, un point de comparaison pour le diagnostic des malocclusions dentaires. L'orthodontie devient une science aussi précise que les sciences exactes et ce qui autrefois n'était qu'un art est une science. Notre profession s'étend de plus en plus et plus nous allons, plus nous voyons le cercle des connaissances dentaires s'agrandir, de sorte que notre science doit suffire pour occuper l'activité d'hommes vraiment sérieux et c'est bien une spécialité qui doit avoir son autonomie.

M. Choquet présente une communication sur les DIFFÉRENTES SORTES D'ARTICULATION DES DENTS ENTRE ELLES. *(Voir Travaux originaux, p. 681.)*

DISCUSSION.

M. Frey. — Je ne vois pas de critique à faire, car M. Choquet nous a montré des faits ; voyons cependant l'interprétation que l'on peut en donner.

La poussée des dents établit l'articulation des dents, l'enfant venant de naître a un maxillaire supérieur plus important que le maxillaire inférieur. Cette articulation normale s'établit quand les dents poussent normalement. Quant à l'influence de la fonction sur laquelle mon ami Choquet n'a pas suffisamment insisté ; est-ce l'anatomie qui influe sur la fonction ou est-ce la fonction qui influe sur

l'anatomie? C'est un point encore obscur, qu'il est important d'établir. Il y a, à mon avis, un troisième point, l'influence de la force centrifuge ou force centripète, mais c'est un point qui n'est pas encore établi.

M. Chemin (Toulouse). — Je remarque que cette affirmation de Tomes signalée par M. Choquet est très répandue à tort, car, tous les mécaniciens se basent sur l'horizontalité de l'articulation pour la confection d'un dentier.

M. Sauvez. — A mon avis, ce qui est le plus intéressant ce sont les déductions à tirer des faits cités par M. Choquet.

M. Siffre. — Comment M. Choquet peut-il établir une circonférence inscrite dans le triangle équilatéral dont les côtés passent par la face distale des deuxièmes molaires et la face médiane des incisives centrales.

M. Frey. — Je constate que MM. Siffre et Choquet sont d'accord. M. Siffre met sa portion de circonférence dans les dents de bouche comme M. Choquet. MM. Sauvez et Kritchewsky font au contraire passer leur circonférence par la face postérieure des canines au lieu de la faire passer par la face postérieure des prémolaires.

La séance est levée à 11 h. 45.

Le secrétaire général,
VICHOT.

TRAVAUX

du 3me Congrès Dentaire International (1900)

Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle

Par M. Loup,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

D'une récente communication à la Société de Médecine, faite par M. le Dr Millée sur un cas d'hydrargyrisme et de la discussion qui suivit, il nous est resté l'impression que nous n'étions pas très bien fixés sur l'étiologie et le mode de contagion de cette affection. Nous allons essayer d'en dégager ces deux points principaux aussi succinctement qu'il est possible, heureux si nous avons pu apporter quelque lumière dans le débat.

Il est généralement admis que le traitement hydrargyrique a comme conséquence la stomatite mercurielle. L'hydrargyre et ses composés jouent-ils vraiment le rôle dont ils sont accusés ? Car, stomatite mercurielle veut dire : état pathologique de la bouche causé par le mercure. C'est comme si nous disions angine de Lœffler pour angine diphtéritique, du nom du bacille qui produit la diphtérie. Il y a là une nuance d'étiologie qui ne manque pas d'importance, car elle peut contribuer à faire cesser l'hésitation de nombre de spécialistes dans l'administration de ce précieux médicament.

Il faut distinguer la cause déterminante de la cause efficiente. Or, la cause efficiente, germe de toute stomatite, se trouve dans toutes les bouches mal tenues, et la clinique nous a montré que le mercure était quantité négligeable, pourvu que nous réunissions dans la cavité buccale certaines conditions que nous étudierons plus loin.

Si le mercure était capable, à lui seul, de produire la sto-

matite, il la produirait chez tous ceux qui en font usage, sans exception, et ce n'est pas ce que nous observons dans la pratique.

On ne peut impunément ingérer un bouillon de culture ou s'inoculer un virus sans en subir les manifestations typiques. En outre, une stomatite mercurielle sera rapidement guérie par des bains de bouche au sublimé. La diphtérie guérirait-elle par des badigeonnages avec une culture de bouillon de Lœffler ? Le mercure, s'il n'est primordial, a son influence en ceci : il modifie, il transforme, il prépare un terrain qui n'est déjà que trop propice en raison de la malpropreté de la bouche et de la syphilis acquise. Car il ne faut pas oublier que le sujet est le plus souvent syphilitique ; nous avons observé des stomatites alors qu'on n'avait pas encore commencé le traitement mercuriel. Nons ne voulons certes pas dire que la syphilis a été le seul facteur étiologique de la stomatite, mais tout simplement qu'elle peut exister en dehors du traitement mercuriel.

La stomatite est une maladie parasitaire à forme épidémique, n'ayant d'autre étiologie que l'origine microbienne, évoluant d'emblée ou à la suite de manifestations pathologiques générales ou locales. Les fièvres éruptives, la syphilis, les modifications dans l'économie, comme la gestation, l'évolution de la dent de sagesse, les produits chimiques, mercure, plomb, cuivre, bismuth, etc., etc., peuvent être le facteur occasionnel, le coup de fouet nécessaire à l'éclosion d'un foyer jusque-là endormi. Nous savons que le mercure a été mis en cause, parce que les malades accusent une saveur métallique, donnant sa caractéristique sur les pièces de monnaie, mais il faut ajouter aussi que d'autres malades accusent la même saveur métallique sans avoir de stomatite.

L'explication de ce fait nous est donnée par le mode de pénétration du mercure dans la bouche, les glandes salivaires qui en éliminent plus ou moins. Il y a non seulement une question de terrain relativement à l'absorption du mercure, mais aussi une question de thérapeutique en ce qui concerne l'administration de ce métal. Il est certain que la

tolérance réside dans les trois organes principaux d'élimination ; les reins, les intestins, les glandes salivaires. Or, tandis que les néphrites sont rares, les entérites, et surtout les stomatites, sont fréquentes. Il est incontestable que les reins sont les organes qui éliminent le plus de mercure : il semblerait que c'est chez eux qu'on devrait trouver le plus de lésions mercurielles, si nous ne savions que, à l'encontre des intestins et de la bouche, on n'y trouve que peu ou pas de bactéries.

La salivation anormale provoquée par le mercure semble démontrer que les reins ne fonctionnent pas régulièrement, ou que le mercure est donné à trop forte dose. Une objection se présente immédiatement : si la stomatite n'est pas due au mercure, comment se fait-il qu'elle cesse sitôt qu'on arrête le traitement hydrargyrique ? Pour deux raisons bien simples : 1° on supprime le facteur occasionnel, l'irritant ; 2° on soigne la bouche ; il eût été plus judicieux de commencer par là. Comme l'a dit très justement le Dr Jullien, à propos du cas de M. Millée, il ne faut pas commencer la mercurialisation sans avoir, au préalable, mis la bouche en bon état ; et le Dr Buret a fort bien affirmé ce que nous répétons tous les jours dans nos leçons cliniques : pas de stomatite dans une bouche bien tenue et examinée attentivement pendant la durée du traitement spécifique, car le mercure est un agent puissant qui met en état de moindre résistance les cellules qu'il a touchées. Au point de vue de la contagion de la stomatite mercurielle, nous avouons ne pas partager les idées de quelques-uns de nos collègues.

Nous ne nions certes pas que, sur deux individus couchant dans le même lit, et dont l'un est enduit d'une pommade mercurielle, le second puisse en absorber d'une façon ou d'une autre, par la peau ou par les muqueuses respiratoires ; mais ce doit être une rareté ; d'ailleurs, il n'a pas été dit qu'on eût retrouvé du mercure chez les individus observés. De même que la présence du bacille de Lœffler est révélée dans les produits de contagion, de même on devrait toujours retrouver les traces du mercure, si c'est lui le coupable.

Il en est de la stomatite dite mercurielle comme de toutes les stomatites, de celle des femmes enceintes comme de celle qui provient de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, etc.; c'est une seule et même maladie éclatant sous l'influence d'un coup de fouet différent, mais ayant la même cause originelle, la flore microbienne qui vit dans la bouche comme dans un milieu fait exprès. La stomatite, mercurielle ou autre, se communique comme toute épidémie ; un exemple frappant, c'est l'épidémie de stomatite qui règne parfois dans les casernes. Un soldat, à la suite de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, fait de la stomatite, et toute la chambrée se trouve atteinte : il serait étrange de dire que tous ont attrapé l'évolution vicieuse de la dent de sagesse comme s'ils avaient avalé des pneumocoques.

Pour en revenir au cas de M. Millée, il nous semble donc qu'il ne faut pas aller chercher trop loin les rapports de deux stomatites ; le mercure, s'il est pour quelque chose dans la production de la maladie chez le premier individu, n'y est pour rien dans le second, — les microbes ne sont pas faits pour dormir, — nous le répétons, c'est une contagion pure et simple, quelle qu'ait pu être la cause adjuvante.

De même qu'il y a des syphilis malignes, il y a des stomatites d'une grande ténacité, d'une virulence extrême. La contagion d'homme à homme suit les lois ordinaires en pareil cas. Les terrains les mieux préparés, soit par leur faiblesse générale, soit par leur malpropreté buccale, seront les premiers atteints ; et, dans ces conditions, rien d'étonnant à ce qu'une femme, qui partage le lit de son mari, soit atteinte de la même stomatite par l'intermédiaire du baiser, par exemple, sans qu'on soit obligé de faire intervenir le mercure pour expliquer cette contagion. Nous conclurons donc ainsi : le traitement hydrargyrique doit être précédé du traitement buccal ; une ou deux séances seront nécessaires pour procéder à la toilette de la bouche. Il est de toute nécessité de ne pas laisser de tartre au collet des dents, car celui-ci provoque de petites ulcérations suffisantes pour donner accès aux microbes de la bouche, pas plus qu'il ne

faut laisser, dans les caries avancées, les détritus infects qui s'y trouvent. Le curettage et le lavage antiseptique seront faits pendant ces deux séances, après lesquelles le traitement spécifique pourra être commencé, concurremment avec les soins de la bouche qui doivent être très minutieux. Toutes les caries devront être traitées et obturées, toutes les racines seront soignées ou extraites de façon à ne laisser aucun nid à microbes, ni bords aigus susceptibles de provoquer des ulcérations linguales. En outre, le malade doit faire un traitement que nous avons institué ainsi :

1° Poudre dentifrice deux fois par jour, le matin et le soir, avec une brosse dure.

Carbonate de chaux pulvérisé	20	grammes.
Salol	2	—
Magnésie calcinée	6	—
Chlorate de potasse	2	—
Anis pulvérisé	1	—

2° Bains de bouche matin et soir pendant cinq minutes.

Sozoiodol de zinc	25	grammes.
Eau distillée	250	—

1 cuillerée à dessert dans un demi-litre d'eau bouillie.

3° Chlorate de potasse	4	grammes.
Potion gommeuse	125	—

Une cuillerée à dessert le soir en se couchant, au moins pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'administration du mercure.

Les proportions varieront, cela va sans dire, selon l'état de la bouche. Il est bon de redoubler de précautions aux périodes menstruelles.

En outre, nous recommandons le lavage de la bouche, après chaque repas, avec de l'eau de Vichy.

Nous avouons même que ce sont là des précautions exagérées, mais il ne faut pas perdre de vue que les sujets à stomatites sont des anémiés ou des malpropres, et qu'à des points de vue différents il faut surveiller attentivement leur bouche.

Et maintenant, continuons à donner le mercure, sans ou-

blier toutefois que c'est un poison ; s'il a pu produire des accidents graves, mortels parfois en dépit des précautions prises — ce qui est rarissime, on me l'accordera — songeons que mille accidents ou maladies peuvent entraîner la mort, à commencer par la syphilis.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que le comité de publication est à la veille de donner le « BON A TIRER » du 3e et dernier volume des comptes rendus du Congrès de 1900.

Cette publication a pris une IMPORTANCE AU DELA DE TOUTE PRÉVISION et ce dernier volume dépassera de beaucoup le nombre de pages de chacun des deux premiers.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 36 FRANCS POUR LA SÉRIE DES TROIS VOLUMES *(port en sus).*

LES SOUSCRIPTIONS VOLONTAIRES DES SOCIÉTÉS, DES ÉCOLES OU DES INDIVIDUALITÉS SONT REÇUES CHEZ M. VIAU, TRÉSORIER, 47, BOULEVARD HAUSSMANN, PARIS.



ANESTHÉSIE

Acoïne et dionine. (*Académie de médecine*, 21 janvier 1902.)

M. Davier, dans une communication à l'Académie de médecine, dit qu'il a employé localement l'acoïne et la dionine pour des opérations d'ophtalmologie et que ces médicaments ont une action plus dure, plus durable et surtout bien moins toxique que la cocaïne.

Ch. Ch.

Steiner, ***Anesthésie obtenue par compression des carotides.*** (*Gazette des hôpitaux*, 20 mars 1902.)

La compression des vaisseaux carotidiens contre la colonne vertébrale amène la perte de connaissance. M. Steiner a expérimenté ce nouveau genre d'anesthésie à Java sur trente malades et a réussi vingt-cinq fois à obtenir une anesthésie suffisante pour les petites opérations.

Ch. Ch.

Bucquoy, ***Anesthésie par un mélange d'alcool et d'éther.*** (*Académie de médecine.*)

M. Bucquoy communique à l'Académie un travail de M. Regnès (de Lyon) qui emploie le mélange suivant pour les anesthésies.

Chloroforme..................................	2 parties
Alcool absolu..................................	1 partie
Éther anesthésique..........................	1 partie.

Les inconvénients des deux anesthésiques sont atténués ; de plus l'alcool stimule le cœur et prévient la syncope. Il n'y a avec le mélange ni excitation ni convulsion, le sommeil est régulier, le réveil est prompt et facile.

Ch. Ch.

PHYSIOLOGIE

Dr Ledé, ***De l'évolution dentaire chez les enfants placés en nourrice.*** (*Congrès des Sociétés savantes.*)

Il ne faudrait confier les enfants qu'à des nourrices ayant leur enfant déjà âgé de quatre mois environ. M. Ledé a constaté en effet que, pour les nourrissons placés chez les nourrices ayant leur enfant moins âgé, la nutrition de l'enfant confié se faisait toujours moins bien. Il cite à l'appui l'évolution tardive des dents, qui serait en rapport direct avec la moins bonne alimentation.

Ch. Ch.

PATHOLOGIE

Jaboulay, ***Myxome du maxillaire inférieur.*** (*Société de chir. de Lyon*, janvier 1901.)

M. Jaboulay, présentant une observation d'opération d'un myxome maxillaire, dit qu'il a modifié l'opération classique de la façon suivante. Après section du ptérygoïdien interne, il ne procède plus que par traction et torsion pour désinsérer le temporal et le ptérygoïdien externe. Après pose de l'appareil, il recommande de ne pratiquer les injections antiseptiques que le lendemain seulement, car c'est seulement le lendemain que les vaisseaux sectionnés ont eu le temps de s'oblitérer ; on n'a pas à redouter alors les hémorragies en nappes souvent dangereuses, Quant à la tumeur proprement dite, le myxome, c'est une tumeur rare. très rare au maxillaire.

Ch. Ch.

Fromaget, ***Épithélioma de la face et pâte arsenicale.*** (*Société de méd. de Bordeaux*, 2 novembre 1901.)

Un énorme épithélioma de la face ayant récidivé déjà deux fois et toute intervention chirurgicale devenant impossible, l'auteur eut recours au traitement du néoplasme par la pâte arsenicale à 1/15. En 15 jours il en fit cinq applications. Les tissus détruits, les parties molles tombées montraient le squelette lui-même nécrosé aux endroits atteints. Peu à peu la peau et les parties molles se reformèrent, les trous furent comblés et aujourd'hui la malade est dans un état des plus satisfaisants. L'auteur conclut en ces termes : traiter ces tumeurs médicalement et ne recourir à la chirurgie qu'en dernier ressort.

Ch. Ch.

Desverinne, de la Havane, ***Paralysie du voile du palais.*** (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1902.)

M. Desverinne relate un cas de paralysie combinée du voile du palais et du larynx. Il arrive à cette conclusion que le nerf facial n'innerve aucun des muscles du voile du palais. Leur hostilité dérive du spinal.

A propos de la pelade. (*Société médicale des hôpitaux.*)

M. Jacquet dit qu'il a observé la pelade chez des sujets ayant une névralgie dans la sphère du nerf maxillaire inférieur. Dans vingt cas il y a lésion de l'appareil dentaire, les points de départ sont les points d'innervation ; souvent des dentiers peuvent irriter au point de causer une pelade au même titre que des lésions dentaires.

M. Dehn, *à la même Société*, signale le cas d'une jeune fille dont la pelade s'est développée à la suite d'une lésion dentaire et le port d'un dentier.

Ch. Ch.

Jeannin, ***Corrélation d'une éruption dentaire précoce avec de l'infection généralisée.*** (*Société d'obstétrique*, mars 1902.)

Il s'agit d'un enfant prématuré, chez lequel, au niveau d'une plaque

de stomatite ulcéro-membraneuse, sortit une dent. Le phénomène primitif serait l'infection gingivale qui se généralise bientôt. Ces cas sont toujours graves.

Fracture du maxillaire supérieur avec sinusite consécutive. (*Société de médecine de Nancy*, janvier 1901.)

Le malade avait reçu une pierre qui l'atteignit au niveau de la région orbitaire gauche. A ce moment le malade dit avoir perçu un fort bruit de craquement. Huit jours après la tuméfaction, la narine est obstruée. On pratique une incision transversale qui montre un séquestre du tiers moyen du rebord alvéolaire, et une fracture compliquée de sinusite. Après les irrigations d'usage et l'enlèvement du volumineux séquestre, tout rentra dans l'ordre. A signaler l'absence d'emphysème sous-cutané, que l'on observe dans presque tous les cas de fracture de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

CH. CH.

Dunogier, *De l'ostéopériostite des mâchoires, d'origine dentaire.* (*Bulletin médical de la clinique Saint-Vincent-de-Paul de Bordeaux* ; février 1902.)

Cette affection apparaît à tous les âges, elle n'a aucun lien de parenté avec l'ostéomyélite. Elle peut être circonscrite ou être diffuse et phlegmoneuse, survenir à la suite d'accidents d'évolution de dent de sagesse, d'obturations intempestives de dents cariées. C'est dans ce cas surtout que l'on observe les phlegmons du plancher de la bouche, du cou, etc., etc. Comme traitement, supprimer la cause, extraire les racines des dents cariées, extraire les dents de sagesse et au besoin avoir recours au chloroforme s'il y a trop grande contraction des mâchoires. L'intervention chirurgicale doit être faite tout de suite ou le plus rapidement possible dès que l'on constate des cas graves pouvant quelquefois entraîner la mort.

CH. CH.

Collier Pridham, *Curieux symptômes post-opératoires.* (*British Journal of dental science*, 2 1902.)

Après l'extraction d'une dent brisée (première petite molaire du bas) le malade fut pris de douleurs aiguës, qu'une application d'eau chaude fit bientôt cesser. Cinq minutes après il ressentit des douleurs dans les jambes et les bras, des *piqûres d'aiguilles* accompagnées de contracture des mains, de respiration difficile, de dilatation de la pupille, de perte de la mémoire, etc., etc. Ces symptômes, auxquels s'ajoutaient les nausées, la pâleur, les sueurs froides, durèrent environ une demi-heure, puis le malade recouvra peu à peu ses facultés. On ne peut nettement saisir la cause de ces phénomènes.

CH. CH

THÉRAPEUTIQUE

Aphte, Muguet, Stomatite pultacée.

Lavage fréquent de toute la cavité buccale. Essuyer avec un linge ou pinceau de charpie mouillée, surtout après boire. Précaution contre la contagion.

Chlorate de potassium	1	gramme
Eau distillée	70	—
Sirop de Rubus Idœa	10	—

Par heure, une cuillère à enfant.

Permanganate de potasse	0	gr. 5
Eau distillée	140	—

Pour gargarisme.

Borax	1	gr.
Eau distillée	70	—
Miel rosat	10	—

Pour badigeonnage et lotion.

Eau phagédénique } ãã	10	gr.
Glycérine }		

Pour badigeonnage.

Contre la desquamation de la langue.

Chlorhydrate de cocaïne	0	gr. 5
Baume du Pérou } ãã	1	gr.
Acide borique }		
Vaseline	40	—

En onctions 2 fois par jour. (Besnier.)

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Dr H. Dodell, *Continuation des aurifications anciennes.* (*Zahntechnische Reform.*)

Cet auteur recommande, pour continuer et reprendre d'anciennes aurifications, de placer soigneusement la digue, puis de laver l'obturation, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'éther, enfin avec de l'alcool, et de la sécher ensuite parfaitement à l'air chaud. On place alors sur toute la surface de l'aurification un pellet d'or n° 4 qu'on foule avec une pointe très fine, d'abord avec la pression de la main, puis avec le maillet, enfin avec un fouloir convexe. La pression doit toujours s'exercer perpendiculairement à la surface de l'ancienne aurification.

Deroy, *Eucalyptol percha.* (*Item.*)

L'eucalyptol percha est une solution de gutta-percha dans l'huile d'eucalyptus. L'auteur recommande son emploi en particulier pour l'obturation des canaux radiculaires; elle offre sur la chloro-gutta l'avantage de ne pas se sécher.

Dr Hanaford, ***Obturation des canaux.*** (*Zahntechnische Reform.*)

Le professeur Hanaford, de Rochefort (Illinois), a fait des recherches sur l'obturation des canaux radiculaires et ses résultats éloignés. De cinquante obturations examinées, trente et une avec de la gutta-percha, trois avec une solution de sandaraque et de gutta-percha, les autres de diverses façons, il conclut que ces méthodes peuvent toutes donner de bons résultats, et que le succès dépend seulement du soin qu'y apporte l'opérateur et de son habileté. Il trouve cependant que l'obturation des canaux larges est mieux faite avec des substances plus dures, tandis que, pour les canaux étroits, la chloro-gutta est plus avantageuse. Ses observations lui ont d'ailleurs laissé voir que dans la plupart des cas les canaux étroits étaient plus hermétiquement obturés que les larges.

Busch, ***Application de pansements arsenicaux dans les caries cervicales.*** (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.*)

Lorsque le pansement doit être placé dans des caries approximales Busch recommande le procédé suivant pour empêcher le caustique d'agir sur la gencive. Placer d'abord une petite parcelle d'amalgame mou au voisinage de la gencive ; ensuite appliquer le caustique sur la pulpe et étendre sur lui quelque peu d'amalgame extrêmement mou ; on recouvre ensuite avec un coton imprégné de sandaraque. Ce pansement est facile à enlever et empêche d'une façon absolue l'arsenic de fuser. Dans les caries étendues des faces labiales on emploie le même procédé, puis on enroule un fil de soie plusieurs fois autour de la dent et on le ligature ensuite pour empêcher le coton imbibé de sandaraque de s'échapper.

H. M.

Burke, ***L'amalgame de cuivre.*** (*Dental Cosmos.*)

L'amalgame de cuivre s'emploie presque exclusivement pour les dents du fond de la bouche ; il ne se désagrège pas, même dans la bouche des enfants et garde son intégrité pendant longtemps. La carie s'arrête quand elle est entièrement traitée par cet amalgame qui est antiseptique et n'est pas irritant. Placé dans des cavités du second degré avancé, il n'irrite pas la pulpe ; au contraire, il favorise la formation de dentine secondaire. La salive ne l'attaque pas et il ne nécessite pas pour son emploi la sécheresse absolue.

Ch. Ch.

Foveau de Courmelles, ***Action de la lumière sur la bouche.*** (*Société de Stomatologie*, avril 1902.)

La lumière est tout d'abord bactéricide, puis elle modifie les sécrétions buccales. L'auteur parle de malades atteints de lupus et présentant des dents plus solides dont les accidents lupiques et les dents ont été consolidés par la lumière. Au bout de 10 séances, l'auteur a pu guérir également une fistule s'étendant du maxillaire supérieur gauche à l'os malaire, et est arrivé à cette conclusion qu'en outre la lumière

serait analgésique, qu'on pourrait par suite d'applications lumineuses extraire les dents sans danger ni douleurs.

CH. CH.

INSTRUMENTS

Polak, ***Désinfection des instruments au moyen d'essence de savon.*** *(The medical Press.)*

Faire bouillir les instruments tranchants dans une solution de soude en vase clos est une bonne méthode, mais celle qui consiste à se servir de l'essence de savon en solution bouillie est encore meilleure. Le savon désinfecte par frictions, bains ou immersion. L'immersion doit durer quinze minutes, et on doit la pratiquer avant chaque opération. Les instruments une fois stérilisés sont ensuite débarrassés du savon en excès en les plaçant dans une solution de 50 p. o/o d'alcool boriqué.

CH. CH.

PROTHÈSE

Ershine, ***Oreille artificielle.*** (*The dental Record,* mars 1902.)

Un enfant ayant eu une oreille enlevée en venant au monde par la suite de l'application du forceps M. Cameron lui en fabriqua une artificielle. Le caoutchouc pour l'oreille s'adapte dans le conduit externe au moyen d'un appareil ingénieux, le conduit est perforé pour permettre à l'air d'arriver, car le petit malade, quoique privé de son pavillon, percevait cependant les sons extérieurs. De loin comme de près cette pièce de prothèse presque invisible est, paraît-il, de l'avis de ceux qui l'ont vue, la plus parfaite en ce genre.

CH. CH.

BIOLOGIE

L'ancêtre de la girafe. (*The dental Record.*)

A la Royale institution, le professeur Landkester a montré et a parlé sur *l'okapi*, animal récemment découvert au centre de l'Afrique. C'est un animal semblable à la girafe en plus petit, mais les jambes sont de même longueur. Sa hauteur est d'environ quatre pieds neuf pouces, il a de larges oreilles, pas de cornes, son dos ressemble à celui du cheval. Ce qui le fait surtout rapprocher de la girafe, c'est que les canines inférieures sont bifoliées, ce qui ne se constate que chez cet animal.

CH. CH.

DIVERS

Prix Herbst. (*Journal für Zahnheilkunde,* décembre 1901.)

Le prix de 1.000 marks que Herbst de Brême avait mis au concours il y a six ans vient d'être distribué. Le prix était attribué à l'auteur qui

ferait connaître le moyen le plus efficace pour préparer et fraiser les dents atteintes de carie non pénétrante et ce sans nuire en aucune façon à la vitalité de l'organe pulpaire. Le prix a été partagé de la façon suivante :

Privadocent Dr Walkhoff, de Münich, 500 marks pour recherches théoriques;

Bauchwitz, de Stettin, 300 fr. pour la découverte de son procédé et de ses appareils.

Barbe, de Halle, 150 marks.

Hirscbruch, de Berlin 100 marks.

Dentisterie au Japon. (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheikunde.*

Au Japon il y a, à l'heure actuelle quatre journaux d'odontologie mensuels.

Il y a cinq associations dentaires et une école dont le Doyen et le Dr Chicoucki. A Nangasaki, ville d'environ 150.000 habitants, il y a sept dentistes et la profession dentaire se développe rapidement. Pour pouvoir exercer au Japon il faut subir devant une commission d'examens une série d'épreuves, qui ont lieu au printemps et en automne.

Black, ***Mesure de la force.*** (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.*)

Cet auteur décrit un appareil servant à évaluer le nombre de livres que donne le coup d'un marteau comme celui employé pour la condensation de l'or. Il pense que, dans les Écoles, professeurs et élèves doivent s'ingénier à calculer cette force. Le professeur doit enseigner à l'élève dans quel cas et dans quel but un nombre déterminé de livres doit être employé. Il termine en disant que, pour la condensation de l'or, une pression d'au moins quinze livres doit être employée. Pour la condensation de l'amalgame, une pression plus élevée serait nécessaire, selon lui, et il l'estime à vingt livres.

Black, ***Quelle force l'homme peut-il développer dans les mouvements de mastication ?*** (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.*)

Cette question a déjà été étudiée par Rosenthal, Sauër et autres. Sauër en (1891) l'estimait à vingt-cinq kilogs; Rosenthal en (1895) de quarante à cinquante kilogs; Black en (1895) faisait varier les limites de trente à deux cent cinquante livres; elles s'abaissaient, selon lui, de vingt à trente livres avec l'emploi de dents artificielles.

Black chaque année fait estimer à ses étudiants quelle peut être cette force et de combien elle peut varier. En 1900 il a trouvé que dans aucun cas elle n'était inférieure à cent vingt-cinq livres et que dans nombre de cas elle s'était élevée jusqu'à deux cent cinquante et trois cents livres. Quand il y a des dents artificielles, elle varie de quarante à quatre-vingts livres au plus.

H. M.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **On demande** un bon **MÉCANICIEN**, bien au courant du TRAVAIL SUR MÉTAL et sur CAOUTCHOUC. Ecrire *par poste* aux initiales M. V., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. **(106-4)**.

---

2 **BON OPÉRATEUR**, 25 ans, *marié*, connaissant bien la PROTHÈSE *(caoutchouc, métal* et *bridge-work), en fin d'études*, demande PLACE pour *avril* prochain, Paris, province ou étranger. Bonne éducation, représente bien, meilleures références et prétentions modestes. Ecrire *par poste* aux initiales F. H. A., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(108-4)**.

---

3 **DEMOISELLE INSTRUITE, bien élevée,** sachant parfaitement *l'anglais*, demande place de **SECRÉTAIRE** chez un **DENTISTE**. — A occupé déjà un emploi analogue. — Ecrire *par poste* aux initiales D. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(115-2)**.

---

4 *Cabinet dentaire A CÉDER* pour *raison de santé*, dans Ville importante du *Midi*. Maison existant depuis plus de trente ans. *Installation moderne, appareils électriques.* Prix à débattre : on traitera de gré à gré. Ecrire *par poste* aux initiales H. M., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris. **(116-2)**.

---

5 **PARIS**, sur les **Grands Boulevards**. — **A CÉDER** pour *cause de maladie* **cabinet dentaire**. — Moyenne des cinq dernières années : 30.000 francs. — *Situation et installation exceptionnelles.* — Prix **très avantageux.** Ecrire *par poste* aux initiales H. E. I. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(117-2)**.

---

6 **On demande** à **acheter d'occasion** un *fauteuil à pompe Wilkerson. Lemania*, ou tout autre, valant de 600 à 900 francs, neuf, et un attachement. Ecrire *par poste* aux initiales J. G., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(118-2)**.

---

7 Un *docteur en médecine* pratiquant actuellement la *chirurgie,* désirerait trouver *CABINET DENTAIRE A REMETTRE,* ou *de préférence s'associerait* avec un dentiste duquel il pourrait au besoin reprendre le cabinet plus tard, dans grande Ville *Paris* et *banlieue* ou *Marseille*. Ecrire *par poste* aux initiales G. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(119-2)**.

---

8 **Chirurgien-dentiste américain D. D. S.** (*New-York*), **BON OPÉRATEUR**, parlant *français, anglais, espagnol*, désire une place **d'opérateur,** de préférence à Paris. Bonnes références. Ecrire A. A. Formel, 53, rue d'Amsterdam, à Paris. **(120-1)**.

---

9 **A CÉDER DE SUITE**, pour **cause de maladie grave**, dans *grande ville du Midi*, **cabinet dentaire** fondé depuis 17 ans. *Installation moderne*, 2 fauteuils *Columbia*. Prix 15.000 francs comptant. L'installation seule, qui est de premier ordre, a coûté près de 50.000 francs. Ecrire *par poste* aux initiales B. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(121-1)**.

---

10 *A CÉDER cabinet*, dans *grande ville du Nord*, faisant environ 15.000 francs. *titulaire de plusieurs établissements d'éducation.* ***Frais minimes*** ; conviendrait à une dame. Ecrire *par poste* aux initiales H. F., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. **(122-1)**.

---

11 **Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris**, *capable et sérieux*, demande une place **d'opérateur** pour Paris ou province. Ecrire *par poste* aux initiales M. B., 82, aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(123-1)**.

---

12 QUARTIER DE L'OPÉRA, **beau local** à *louer* pouvant servir pour **praticien-dentiste** ou **spécialiste médical.** Ecrire pour location Schumacher, 43, boulevard de Strasbourg, à Paris. **(124-1)**.

---

13 *Opérateur-mécanicien, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande *place* chez dentiste, à *Paris* ou *Province*. Ecrire *par poste* aux initiales G. B. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris. **(125-1)**.



INTERNATIONALISME DANS LA CHIRURGIE DENTAIRE

Par C. N. Johnson L. D. S., D. D. S., de Chicago.

(*Conférence faite à la Société Odontologique de Chicago en octobre 1902.*)

Si l'on étudie de près les tendances du jour, il sera facile de se convaincre de la disposition toujours croissante des hommes de tous les pays civilisés à favoriser l'échange des idées entre les esprits éminents des différentes nations. L'internationalisme est devenu un fait accompli, et si tenace que soit dans certains pays l'esprit provincial qui tient à s'isoler, la marche en avant des événements devra balayer devant elle ces différences et apporter une compréhension de la vie et de ses possibilités qui grandira toujours en s'appuyant sur l'expérience de plus en plus étendue des hommes et des nations.

Les facilités de transport qui augmentent de jour en jour rapprochent de plus en plus les pays les plus éloignés et conséquemment nous apprenons tous les jours davantage les uns par les autres; cela constitue une espèce de révélation qui ne peut qu'amener plus de respect des nations les unes pour les autres et ajouter aux connaissances de toutes.

Il est essentiellement naturel qu'une nation isolée et séparée du reste du monde devienne présomptueuse et, s'exagérant la valeur de ses découvertes et de ses progrès, se croie le centre du monde autour duquel les autres nations devront se trouver trop heureuses de tourner avec respect et déférence.

Il ne faut pas s'attendre à trouver chez le Chinois, qui récolte du riz et qui est limité par la routine quotidienne dans ses expériences et ses associations, une âme qui soit élevée au-dessus du riz, pas plus qu'il ne faut espérer que le mineur, confiné éternellement dans les profondeurs de nos mines, soit capable de résoudre un problème plus compliqué que les noires murailles qui l'entourent.

Mais laissez ce Chinois aborder en Amérique et se mêler à d'autres hommes vivant dans une atmosphère entièrement différente et vous le verrez bientôt faire preuve d'une sagacité qui vous surprendra et développera en lui des traits nouveaux.

Malgré notre assertion que la race jaune n'est pas susceptible de grande amélioration, il n'en reste pas moins certain que le Chinois que nous rencontrons dans nos rues aujourd'hui après plusieurs années de séjour en Amérique n'est plus du tout le même individu que celui qui semblait n'être qu'un animal à peine au-dessus des autres, alors qu'il travaillait sans relâche dans les rizières de la Chine. Un milieu nouveau, l'influence de coutumes étrangères et de nouvelles méthodes de pensées sont les causes de ce changement chez cet individu dont la race nous fournit un des exemples les plus frappants de ténacité à suivre ses traditions, religieuses et autres, avec plus de persistance que toute autre nation du globe, ténacité encouragée par un isolement qui dure depuis des milliers d'années.

Le même exemple nous est fourni par le mineur. Il en est de même d'ailleurs dans toutes les relations de la vie. Il nous serait impossible de réprimer, même si nous le voulions, cet échange de pensées qui va toujours s'élargissant, et ce qui est bien encourageant à constater, c'est que cet échange est en grande partie un bienfait pour ceux qu'il rapproche. Tournons-nous de nouveau vers la Chine pour y trouver un exemple.

En admettant que toutes les accusations d'ignorance, de superstition et d'obstination rétrograde, accumulées par toutes les nations sur cette société antique et encombrante soient justifiées, il est fort douteux que nous ne puissions rien trouver à apprendre qui nous soit d'un bénéfice quelconque dans l'étude des mœurs et des coutumes des Chinois et surtout dans la philosophie de leur Confucius.

Chez les nations comme d'ailleurs chez les individus, le manque d'entente vient toujours de l'ignorance qui existe chez les uns des caractéristiques des autres, et il n'existe pas de meilleur moyen de mettre l'harmonie parmi les gens qui se détestent que de les amener à se mieux connaître. Rien n'a plus contribué dans le passé à renverser les barrières qui séparent les différentes sectes religieuses dans tout le monde que de mettre en rapports les pronateurs des différentes religions, pour qu'ils puissent se mieux connaître et échanger leurs idées. Les préjugés de race et de religion ont été en grande partie nivelés par le rapprochement des propagateurs de différentes croyances ; ils ont appris les uns des autres. Et ce qui est vrai des races est tout aussi vrai des professions. La chirurgie dentaire ne peut espérer atteindre son plus haut point de perfection que si les représentants des écoles de toutes les nations se réunissent en un commun effort, échangent leurs idées et apprennent à considérer les affaires de la profession avec des vues plus larges que celles qui se trouvent restreintes

par l'horizon borné d'un seul pays. Un provincialisme étroit a trop longtemps retardé les progrès de la chirurgie dentaire dans tous les pays et le jour est enfin arrivé où les hommes éminents parmi les dentistes ont compris la valeur de l'internationalisme et commencent à se ranger à l'opinion des hommes progressifs de toutes les professions et à se réunir en des congrès fraternels où l'esprit de corps remplace l'esprit étroit de provincialisme et étend ses bienfaits non seulement d'homme à homme, mais aussi de nation à nation.

Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les avantages qu'offrent ces associations internationales, il est suffisant de les mentionner. Il n'est pas de nation au monde qui détienne le monopole de l'excellence dans aucune des branches diverses du travail, et quand nous étudions l'histoire de la chirurgie dentaire, nous sommes frappés de ce que tant de nations aient contribué à constituer le fonds général de la science de cette branche spéciale de la médecine. Il ne sied à aucun pays de se targuer d'être à la tête des autres dans la chirurgie dentaire, pas plus que de s'attribuer le droit de dédaigner les travaux des autres sur le même sujet.

Chaque pays où l'on a depuis longues années pratiqué la chirurgie dentaire a eu sa part du perfectionnement de cette science et il faut reconnaître à chacun la gloire qui lui revient pour le succès qui a couronné ses efforts. Par exemple la Grande-Bretagne a donné à la chirurgie dentaire un Tomes ; en vérité elle lui en a même donné deux et l'empreinte de ce nom sur les pages de l'histoire de la science qui nous occupe a marqué bien des progrès qu'il est impossible d'ignorer. Magitot, de France, a travaillé fidèlement et sans relâche afin de jeter la lumière sur plus d'un point obscur de notre science. Mais nous ne pouvons nous permettre de faire ici une nomenclature de noms qui nous entraînerait trop loin et qui justifierait l'accusation de chercher à faire d'insidieuses comparaisons. Qu'il suffise de dire que dans la science abstraite inhérente à notre profession l'Allemagne a contribué largement au profit général.

La Hollande a apporté aussi sa pierre à l'édifice commun et continue de le faire, tandis que l'Espagne, grâce à l'énergie de ses éminents praticiens, a imprimé à notre science un mouvement progressif qui ne peut qu'ajouter au bien général. Le Japon lui-même a des hommes intelligents qui travaillent de la façon la plus désintéressée à élever notre profession, et si vous voulez savoir ce qui se passe en Suède et en Norvège, les comptes rendus des récents congrès de Stockholm vous permettront de constater l'activité des dentistes de ces deux pays. Il y a des hommes progressistes dans tous les pays et si, en Amérique, nous

ne sommes pas toujours au courant des progrès qui se font ailleurs, cela tient d'abord à ce que la littérature dentaire des nations étrangères n'est pas souvent traduite en anglais, ensuite à ce que nous ne cherchons pas assez à établir des relations avec les praticiens des autres nations et à ce que nous ne répondons pas à leurs avances. Nous restons trop chez nous et par cela même nous ne pouvons échapper au danger de devenir provinciaux et tombons tout naturellement dans la commune erreur de nous croire les seuls et les meilleurs dentistes du monde.

Il est devenu tout à fait à la mode chez certains d'entre nous de se parer des plumes du paon d'une manière peu digne et plus ou moins vulgaire. Si la chirurgie dentaire a fait de grands progrès chez nous et mérite une distinction spéciale en Amérique, ce n'est certes pas à nous de chanter nos propres louanges, mais il nous faut bien plutôt étudier nos limitations et chercher ce que nous pouvons trouver d'excellent à imiter chez les autres, enfin renoncer une fois pour toutes à cette hérésie traditionnelle que l'on ne peut rien trouver de bon à Nazareth.

Apprenons par exemple combien les possibilités de l'art dentaire peuvent être accrues par l'échange et l'association, et apprenons-le par exemple de la France et de la Grande-Bretagne.

Le Dr William Trueman a récemment démontré que l'Association des dentistes anglais compte douze cents membres. Elle édite un journal et possède une caisse de secours qui lui permet d'accomplir un travail philanthropique considérable parmi les membres de la profession, œuvre qui peut et doit couvrir de honte nos mesquins efforts dans le même but. Si vous comparez l'Association dentaire britannique à la nôtre, vous verrez aisément combien il nous reste à apprendre. C'est des contrées transatlantiques qu'est venue la protestation juste et unamime condamnant l'étalage indiscret et vulgaire de l'or dans les bouches américaines et, malgré que ce défaut ne puisse être reproché à nos meilleurs dentistes, il n'en reste pas moins vrai que l'influence de l'étranger a contribué à décourager cette habitude d'ostentation ridicule.

Il est inutile de porter plus loin les arguments pour ou contre les différentes méthodes de chirurgie dentaire chez les différentes nations. Ce que nous avons voulu prouver ici, c'est qu'il y a beaucoup à apprendre chez toutes, et il est facile d'y arriver par l'internationalisme, grâce auquel les praticiens de tous les pays se rapprochent, échangent leurs pensées et profitent de leur expérience mutuelle.

Le premier bienfait résultant de ce rapprochement sera de créer l'unité dans les modes d'instruction en usage dans les collèges dentaires. Jusqu'à présent chaque pays a poursuivi sa pro-

pre méthode sans avoir égard aux progrès accomplis en dehors de sa sphère. Cette manière de faire ne peut naturellement pas amener les meilleurs résultats et l'organisation d'une Société internationale de chirurgie dentaire est certainement un signe rassurant pour l'avenir de la profession.

Cette société a été formée, grâce aux efforts des dentistes les plus éminents du monde, pour les aider à délibérer ensemble sur les problèmes de la science dentaire et à les résoudre avec succès; pour leur permettre aussi d'établir un système uniforme d'instruction qui puisse être adopté par les différents gouvernements dont l'attention aura été suffisamment éveillée à ce sujet.

Il est fort utile qu'un gouvernement prenne une part active dans l'avancement de l'éducation professionnelle de ses nationaux. Il est de même raisonnable de supposer que, suivant l'influence toujours croissante de l'internationalisme parmi les peuples, les gouvernements reconnaîtront ces bienfaits de ce mouvement et, le reconnaissant, y aideront de toutes leurs forces. Ceci amènera naturellement l'uniformité dans les lois qui régissent notre profession dans les différents pays. Peut-être cela vous paraîtra-t-il une utopie que d'espérer voir bientôt poindre le jour où une base commune sera reconnue partout où l'on confère des diplômes de dentiste, de manière qu'un individu qui aura prouvé sa capacité dans un pays pourra être admis à exercer sa profession dans un autre et dans tous les autres. Ceci semble devoir être impossible, vu les méthodes si variées employées dans les différentes contrées du globe, voire même dans les différentes parties d'un même pays, et cependant il me semble que cela pourrait se réaliser si l'on savait généralement que les exigences de la matriculation et les études requises pour l'obtention du diplôme sont partout uniformes. Etant donné l'acception la plus vaste du mot « égalité humanitaire » et du mot « justice », il faut admettre comme principe fondamental qu'un dentiste qui a été reconnu capable, après un sérieux examen, de servir ses clients dans une portion du globe, doit être certainement tout aussi capable de les servir dans tout autre pays et que, s'il peut avec succès soigner les dents d'un Russe ou d'un Français, il sera également à même de soigner celles d'un Suédois ou d'un Italien.

Ceci est absolument évident. Malheureusement la « fraternité humanitaire » doit encore pour longtemps compter avec les restrictions des législations et tout axiome reçu en principe par les philosophes de partout ne peut se faire accepter par les codes en vigueur dans les différents pays.

Malgré cela, il est une chose que les associations peuvent faire sans s'inquiéter des restrictions gouvernementales, c'est de ren-

verser les barrières nationales qui restreignent la profession du dentiste chez la plupart des peuples.

Ces barrières créées par les diverses manières de penser et d'agir des races sont des entraves et empêchent le développement de la science partout où on les rencontre.

Voilà ce qu'il faut abolir et cela certes peut amener une amélioration considérable dans une science dont l'immense utilité pratique n'est plus à démontrer.

Voyez quel essor lui sera donné quand les hommes éminents de partout se réuniront dans un commun effort pour délibérer sur des questions d'un intérêt commun, qu'ils étudieront à un point de vue juste et équitable.

Quand ceci sera accompli, nous verrons le temps où il n'y aura plus de chirurgie dentaire anglaise, française ou allemande, mais où, supprimant l'adjectif, on pourra parler de la *chirurgie dentaire* sans épithète.

SOINS DENTAIRES AUX OUVRIERS DES USINES

Anvers, le 15 décembre 1902.

Monsieur le Rédacteur en chef,

M'est-il permis, comme fidèle abonné, de vous prier de bien vouloir insérer ce qui suit sous la rubrique « Revue de l'Étranger ».

M. Francotte, ministre du travail, vient de soumettre à la signature royale un arrêté décidant que désormais :

« Tous les ouvriers employés dans les ateliers où l'on manipule le phosphore blanc, la pâte phosphorée ou les allumettes et les frottoirs garnis de cette pâte, ainsi que ceux qui fabriquent la céruse ou les composés de plomb, seront visités mensuellement par un médecin agréé par le ministre de l'industrie et du travail.

» Les ouvriers atteints de phosphorisme chronique, ceux ayant des caries dentaires non obturées, ceux qui présentent des symptômes de gingivite ou de stomatite, ainsi que ceux qui sont atteints de saturnisme chronique et dont l'état de santé général serait mauvais seront définitivement écartés des ateliers ci-dessus indiqués. »

Ces décisions, empressons-nous de le dire, sont excellentes, mais, il faudrait encore *plus* et *mieux*.

Plus, en joignant au médecin un dentiste compétent ; car nul n'ignore le rôle que les caries et le mauvais état des dents jouent dans ces différentes affections. Or, il faut de l'habileté et l'habitude pour découvrir certaines caries du collet ou des interstices et je suppose que les médecins en général n'ont pas plus d'habileté et d'habitude

pour manipuler un miroir à bouche et la sonde qu'un dentiste pour manipuler des forceps.

Mieux, ai-je dit, en proscrivant de façon définitive la fabrication des allumettes phosphorées et de la céruse de plomb.

Espérons donc que notre ministre du travail ne s'arrêtera pas à mi-chemin.

Agréez, etc.

G. VAN DER SCHUEREN.



NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

Dans sa séance du 16 décembre la Société d'Odontologie a constitué son bureau pour 1903 de la façon suivante :

MM Choquet, *président.*
Loup, Touvet-Fanton, *vice-présidents.*
Dr Friteau, *secrétaire général.*
Blatter, *secrétaire adjoint.*

École odontotechnique.

Le jeudi 18 décembre a eu lieu la distribution des récompenses à l'Ecole odontotechnique, sous la présidence de M. Jules Combarieu, représentant le ministre de l'Instruction publique. Des discours ont été prononcés par MM. Ducournau, président et Queudot, puis M. le docteur Mora a donné lecture du palmarès.

M. le Dr Sauvez représentait l'Ecole dentaire de Paris et avait été délégué à cet effet par le Conseil de direction, les autres membres de ce conseil étant retenus à l'Ecole par une séance urgente.

La rosette d'officier de l'Instruction publique a été remise à M. le docteur Siffre ; les palmes d'officier d'Académie ont été remises à MM. Astier, Hivert et Neech-Watson.

Nous adressons nos félicitations à nos distingués confrères.

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France.

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France réuni en assemblée générale, le samedi 13 décembre 1902, a procédé au renouvellement de son Conseil d'administration.

Ont été élus, MM. Bonnard, Paulme, Bruel, Guillot, Rollin, Ronnet, Stévenin, Pylmier, Rouzée, Fresnel, Quincerot, Maleplate.

RÉCOMPENSES.

Nous apprenons avec plaisir que nos amis et confrères MM. Lemerle et Friteau ont reçu une médaille de l'Association amicale et de prévoyance de la Préfecture de police, pour les services qu'ils ont rendus à cette société.

Nous leur adressons toutes nos félicitations.

NATURALISATION.

Nous sommes heureux d'apprendre que notre confrère M. Blumenfeld, de Nogent-sur-Marne, a reçu il y a quelques jours un décret lui accordant sa naturalisation de *Français*.

SUPPLÉANCE DE COURS.

M. Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été chargé de la suppléance du cours d'histologie du professeur Mathias Duval.

Nous lui adressons à ce sujet toutes nos félicitations.

BANQUET POIRIER.

Vendredi soir a eu lieu, sous la présidence de M. Waldeck-Rousseau, le banquet organisé pour fêter la nomination du docteur Poirier comme professeur d'anatomie à la Faculté de médecine. Ce banquet a réuni un grand nombre de sommités médicales ou scientifiques, auxquelles se sont joints de nombreux amis et élèves du professeur Poirier.

Au dessert, des allocutions ont été prononcées par les docteurs Debove, Quenu, Ricard, Launois, Cunéo, Amoëdo et Letourneur, qui, tous, ont rendu hommage aux mérites du professeur Poirier.

M. Waldeck-Rousseau, prenant ensuite la parole, a remercié les organisateurs du banquet d'avoir bien voulu l'associer à cette fête. Il n'y a pas moins de vingt-cinq ans qu'il connaît le docteur Poirier; les années n'ont fait que rendre plus étroites, plus cordiales, plus affectueuses leurs relations. L'orateur était avocat à Rennes lorsqu'il a rencontré pour la première fois Poirier, qui faisait son volontariat dans la vieille cité bretonne en qualité d'infirmier de 2e classe. M. Waldeck-Rousseau a terminé par un chaleureux éloge du nouveau professeur de la Faculté de médecine, qui, a-t-il dit, a su conquérir la confiance et l'affection de tous ceux qui l'ont approché.

Le professeur Poirier, après avoir exprimé sa profonde reconnaissance à ses maîtres, à ses amis, à ses élèves, a remercié M. Waldeck-Rousseau des paroles si cordiales qu'il venait de lui adresser. Faisant allusion aux soins qu'avec les docteurs Babinsky et Galippe il eut à donner à M. Waldeck-Rousseau, le professeur Poirier a ajouté qu'il avait rencontré un malade exceptionnel, calme, patient et fort, car il sut résister à la coalition de deux médecins et d'un chirurgien : « Vous vous êtes, a-t-il ajouté en s'adressant à M. Waldeck-Rousseau, consacré à la cure des maladies sociales ; ces maladies sont incomparablement plus difficiles à guérir que celles qui affectent les individus. J'exprime le vœu que vos patients vous soient aussi reconnaissants que l'est ce soir votre chirurgien et respectueux ami. » M. Poirier a terminé en invitant tous les convives à lever leurs verres dans le même sentiment de profonde gratitude envers la Faculté, « notre mère commune ».

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à cette fête, par MM. Godon, directeur et Sauvez, secrétaire général qui avaient tenu à présenter toutes leurs félicitations au nouveau professeur d'anatomie.

Cours libre.

Notre confrère le Dr Enrico Coraini, de Naples, vient d'être autorisé par le Ministre de l'Instruction publique d'Italie à enseigner librement la médecine légale dans cette ville.

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE DENTAIRE

B. PLATSCHICK

PARIS, 3, Rue Ventadour, PARIS

Près l'Avenue de l'Opéra

COURONNES & TRAVAUX À PONT

SPÉCIALITÉS DE TRAVAUX en Gencive Continue

OBTURATIONS en Porcelaine

ESTAMPAGE DE PLAQUES A LA PRESSE HYDRAULIQUE



Pour PARIS

M. PLATSCHICK

Fait prendre et livrer les pièces à domicile

TÉLÉPHONE : 222.82

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1902.

B

BULLETIN.

C

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

CONGRÈS DE MONTAUBAN.

CORRESPONDANCE.

D

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

E

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE LYON

J

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

L

LE PILORI.

LIVRES ET REVUES.

M

PATHOLOGIE

PROTHÈSE

THÉRAPEUTIQUE

REVUE DE L'ÉTRANGER.

S

SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS, p. 693.

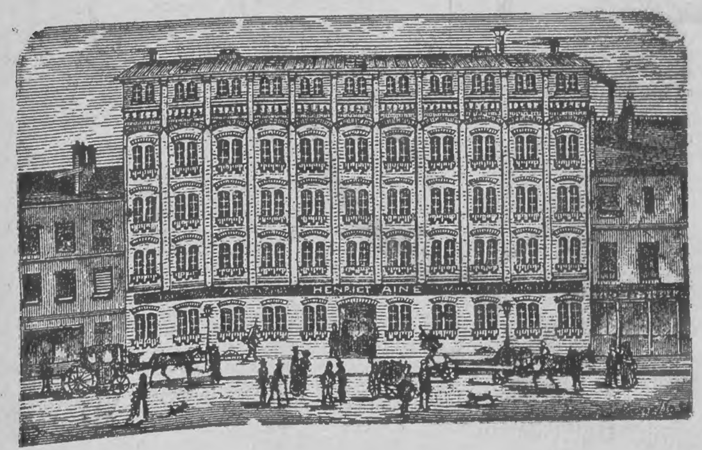
V

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. MELLOTTÉE.

A VENDRE OU A LOUER

EN PARTIES OU EN TOTALITÉ

BELLE ET IMPORTANTE USINE

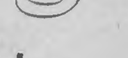


PROPRE A

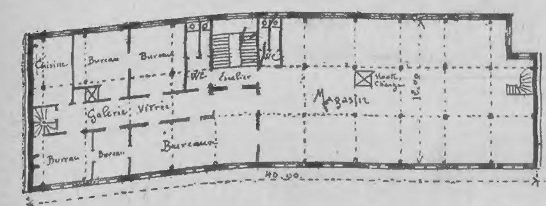
Toute industrie

Quartier ouvrier

Communications faciles

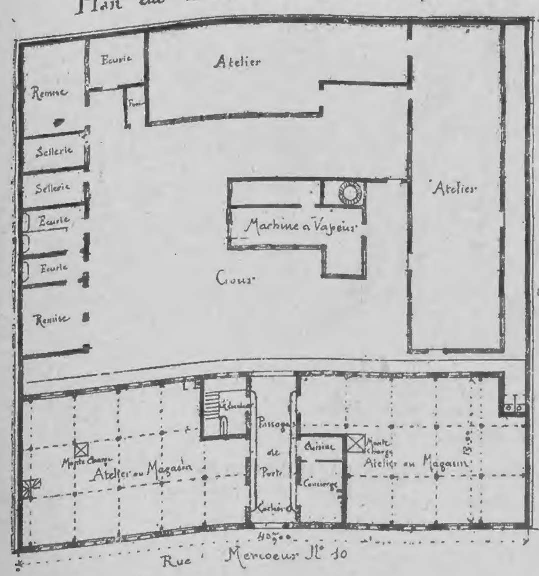


Plan du 2e Etage



Superficie totale : 1608 mètres

Plan du Rez-de-Chaussée.



BATIMENT PRINCIPAL

40 m. de façade sur 12 m. de profondeur



Pour visiter s'adresser sur les lieux,

10, rue Mercœur

(Bd Voltaire, XIe Arr.)



POUR LES CONDITIONS,

Écrire à M. PAPOT

43, rue de La Tour-d'Auvergne

PARIS